

ANNEE 1936

THÈSE

N°

778

POUR LE

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(MENTION MÉDECINE)

PRÉSENTÉE PAR

Pedro B. CASTRO

Né le 18 Avril 1908 à PUERTO-CUMAREBO (Vénézuéla)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
MODES DE DÉBUT
DES
SYNDROMES PARKINSONIENS

Président : M. GUILLAIN, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1936

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1936

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(MENTION MÉDECINE)

PRÉSENTÉE PAR

Pedro B. CASTRO

Né le 18 Avril 908 à PUERTO-CUMAREBO (Vénézuéla)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

MODES DE DÉBUT

DES

SYNDROMES PARKINSONIENS

Président : M. GUILLAIN, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

—
1936

1. — Professeurs

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	Robert DEBRÉ
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT
Pathologie médicale et générale	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	ABRAMI.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU
Anatomie pathologique	ROUSSEY.
Histologie	CHAMPY
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL.
	LAVASTINE
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maur. VILLARET
	LOEPER.
Clinique médicale	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBÉ
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE
	CUNEO.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	GREGOIRE.
	LENORMANT
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION.
	BRINDEAU
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE
	JEANNIN.
	MOCQUOT
Clinique gynécologique	OMBREDANNE
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	RATHERY.
Clinique thérapeutique médicale	LEMATRE.
Clinique oto-rhino-laryngologique	Pierre DUVAL
Clinique thérapeutique chirurgicale	SERGENT
Clinique propédeutique	BEZANCON.
Clinique de la Tuberculose	MATHIEU.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	LAUBRY.
Cardiologie clinique	
	HOVELACQUE
Professeurs sans chaire	MULON.
	OLIVIER
	VERNE

2. — Agrégés en exercice

AMELINE.....	Pathologie chirurgicale.	MM.
BARIETY	Pathologie médicale.	DE GAUDART
Henri	Pathologie médicale.	D'ALLAINES
BERNARD Et... ..	Pathologie médicale.	DE GENNES...
BESANÇON (J.) ..	Hydrologie.	GAYET
BOULIN	Pathologie médicale	GIROUD
BULLIARD	Histologie.	HAGUENAU ...
CATHALA	Pathologie médicale.	HALPHEN
CHEVALLIER ..	Pathologie médicale.	HAZARD
COSTE	Pathologie médicale.	HUGUENIN ...
COGNON	Physique.	JOANNON
FEY	Urologie.	LABBÉ Henri..
FUNK-		LACOMME
BRENTANO	Pathologie chirurgicale.	LANTUEJOL..
GALLIARD	Parasitologie.	LAROCHE Guy.
GASTINEL	Bactériologie.	LELONG
		Pathologie médicale.

MM.

LEMAIRE	Pathologie expérimentale.
LEVEUF	Pathologie chirurgicale.
LEVY (M ^{re} J) ..	Pharmacologie.
LEVY-VALENSI.	Neurologie et Psychiatrie.
MENEGAUX ..	Pathologie chirurgicale.
MOLLARET	Pathologie médicale.
MOREAU	Pathologie médicale.
MOULONGUET.	Pathologie chirurgicale.
MOUQUIN	Pathologie médicale.
OBERLING	Anatomie pathologique.
PETIT-	
DUTAILLIS.	Pathologie chirurgicale.

MM.

PIÉDELIEVRE .	Médecine légale.
PORTES	Obstétrique.
RENARD (L.).	Ophthalmologie.
RICHT	Physiologie.
SANNIE	Chimie biologique.
SENEQUE	Pathologie chirurgicale.
TROISIER	Pathologie expérimentale.
TURPIN	Pathologie médicale.
VIGNES	Obstétrique.
WILMOTH	Pathologie chirurgicale.

III. — Agrégés rappelés à l'exercice pour le service des examens

MM.

ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.
BUSQUET	Pharmacologie.
CHAILLEY-	
BERT	Physiologie.

MM.

LEROUX	Anatomie pathologique.
NEVEU-	
LEMAIRE ...	Parasitologie.
PHILIBERT ...	Bactériologie.

IV. — Agrégés chargés de cours de clinique annexe à titre permanent

MM.

ALAJOUANINE.	}	Clinique médicale.
AUBERTIN		
BRULÉ		
CHABROL		
CHIRAY		
DONZELOT		
DUVOIR		
LIAN		
VALLÉRY-RADOT	}	
(Pasteur).		
SEZARY		

MM.

BASSET	}	Clinique chirurgicale
BROCQ		
CADENAT		
GATELLIER		
HEITZ-BOYER .		
MOURE		
QUÉNU		
SCHWARTZ		
VELTER	}	Clinique obstétricale
ECALLE		
GUÉNIOT		
LE LORIER		
LEVY-SOLAL ...		
METZGER		

V. — Chargés de cours

MM.

CHAILLEY-BERT, agrégé.	Education physique
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
PHILIBERT, agrégé....	Stomatologie.
RUPPE	Microbiologie.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A LA MEMOIRE VENEREE DE MON PERE

A MA MERE

*Faible témoignage de ma profonde
affection et de ma très grande reconnaissance.*

A MES FRERES ET SŒURS

A MA FAMILLE

A MES AMIS

A notre Maître et Président de Thèse

Monsieur le Professeur GEORGES GUILLAIN

Professeur de Clinique des maladies du système nerveux

à la Faculté de Médecine de Paris

Médecin de la Salpêtrière

Membre de l'Académie de Médecine

Officier de la Légion d'Honneur

*Qui a bien voulu nous inspirer le sujet
de cette thèse et nous faire le grand
honneur d'en accepter la présidence.*

*Hommage de bien vive reconnaissance
et respectueuse admiration.*

A Monsieur le Professeur Agrégé PIERRE MOLLARET

Chef de Laboratoire à l'Institut Pasteur
Chargé du Centre de Malariathérapie de la Salpêtrière

*Ses conseils ont été pour nous le guide
le plus sûr dans la rédaction de cette
thèse.*

*Qu'il veuille bien trouver ici l'expres-
sion de toute notre respectueuse recon-
naissance.*

A mon Ami Monsieur le Docteur PAUL GUILLY

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

Témoignage de ma reconnaissance.

A mes Maîtres dans les Hôpitaux de Paris

M. le Professeur ACHARD.
M. le Professeur DELBET.
M. le Professeur CARNOT.
M. le Professeur LENORMANT.
M. le Professeur GUILLAIN.
M. le Professeur LEMIERRE.
M. le Professeur LEMAITRE.
M. le Professeur MARION.
M. le Professeur CLAUDE.
M. le Professeur TERRIEN.
M. le Professeur Agrégé ECALLE.
M. le Docteur MILIAN.

A mes Maîtres de la Faculté de Médecine de Paris

A mes Maîtres de l'Institut de Médecine Coloniale

INTRODUCTION

S'il faut voir en réalité, dans la description originale de James PARKINSON, en 1817, la genèse des syndromes parkinsoniens, ce n'est que depuis la connaissance de l'Encéphalite épidémique, en 1917, qui détermina l'apparition d'une multitude de syndromes nerveux, rappelant en tous points ce qu'avait décrit James PARKINSON, que nous assistons à une véritable transformation dans les idées que l'on avait de la maladie de Parkinson, classée jusqu'alors parmi les névroses, les troubles endocriniens, etc.

A partir de cette époque, on ouvre un nouveau chapitre dans l'étude de la maladie de Parkinson, celui des syndromes parkinsoniens post-encéphalitiques, par opposition avec la maladie des vieillards, décrite par James PARKINSON cent ans auparavant sous le nom de « shaking palsy », paralysie agitante.

La constatation de tels syndromes à la suite de l'Encéphalite épidémique, a permis à certains auteurs d'envisager l'unicité des syndromes parkinsoniens (NETTER, SOUQUES), si bien que la majorité des auteurs séparent cependant la maladie de Parkinson du syndrome parkinsonien post-encéphalitique (PIERRE MARIE et G. LÉVY, LÉPINE, VON ECONOMO, KLIPPEL et

LHERMITTE, GUILLAIN et MOLLARET), car, comme le pensent ces auteurs, il existe à cet égard des différences cliniques nettes.

Le pronostic des syndromes parkinsoniens étant, comme on le sait, très sombre, nous avons jugé intéressant de consacrer cette thèse à l'étude des différentes modalités de début que peuvent présenter les syndromes parkinsoniens, car il nous semble que c'est de la précocité du diagnostic ainsi que de l'application immédiate d'une thérapeutique appropriée et bien conduite que l'on pourrait attendre les meilleurs résultats.

C'est dans le but d'insister sur ce point qu'est écrite notre thèse.

Notre travail sera divisé en cinq chapitres : dans le premier chapitre, nous ferons une revue générale sommaire des symptômes de début ; le deuxième chapitre sera consacré à l'étude clinique détaillée des symptômes de début, d'après leur fréquence et leur importance ; le troisième comprendra un exposé résumé des cas des parkinsoniens soignés à la Clinique Charcot de 1925 à 1935, comprenant une statistique de 96 observations, auxquelles nous ajouterons quelques observations personnelles, soit que nous ayons vu le malade au début de son affection, ou que, par un interrogatoire approfondi et minutieux, nous ayons pu faire préciser au malade l'histoire de ses premiers troubles. Le quatrième chapitre est réservé à l'évolution et pronostic des syndromes parkinsoniens. Enfin, le cinquième chapitre traitera du diagnostic différentiel.

Avant de terminer ces lignes d'introduction, nous tenons à exprimer toute notre reconnaissance et notre gratitude à M. le Professeur Georges GUILLAIN, qui nous a toujours réservé un accueil bienveillant dans son important Service de la Salpêtrière, où nous avons acquis, à la lumière de son enseignement, des notions précieuses de neurologie, qui seront un guide dans l'exercice de notre carrière.

Nous tenons également à remercier vivement M. le Professeur Agrégé Pierre MOLLARET, Chef de Laboratoire à l'Institut Pasteur, chargé du Centre de Malaria-thérapie de la Salpêtrière, auprès de qui nous avons toujours trouvé l'accueil le plus bienveillant et qui nous a prodigué ses précieux conseils dans la réalisation de ce travail.

CHAPITRE PREMIER

GENERALITES

Le diagnostic clinique des syndromes parkinsoniens à la période d'état est un des plus aisés de la neuro-pathologie, voire de la pathologie médicale.

Il suffit, en effet, d'avoir observé un parkinsonien pour poser automatiquement ce diagnostic en présence d'un malade avec son air figé, sa progression toute d'une pièce, son pas court et traînant, son tremblement, etc., tellement est caractéristique le tableau clinique à cette période.

Il en est autrement quand il s'agit de mettre une étiquette pour ces mêmes malades, quand ils sont encore aux premiers troubles de leur maladie, à sa phase prodromique, qui marque le « début réel » de l'affection, et qui loin du schéma classique de l'affection constituée, font égarer le diagnostic ou tout au moins offrent quelque embarras au clinicien.

C'est pourquoi il nous a paru intéressant de reprendre dans ce travail l'étude clinique de ces symptômes prémonitoires, qui représentent des modalités différentes dans le mode de début des syndromes parkinsoniens et sur lesquels avaient déjà insisté CHAR-

COT, BRISSAUD, LHIRONDELLE et plus récemment F. H. LÉWY.

Sans doute, l'étude de ces manifestations larvées du début a une importance considérable pour le diagnostic précoce du parkinsonisme, et sur lesquelles il nous semble qu'on n'a pas suffisamment insisté jusqu'à présent. En effet, c'est par leur connaissance que nous pouvons, sinon poser un diagnostic sûr dès le début, au moins nous méfier et faire des réserves — en leur présence — sur l'évolution ultérieure possible d'un syndrome parkinsonien.

Nous savons, en effet, que tout un ensemble de signes ont été signalés comme représentant la phase prodromique de ces syndromes. Parmi ceux-ci, les paresthésies, les phénomènes douloureux, sont au premier plan par leur fréquence.

A propos de ces troubles sensitifs du début, qui ont été remarquablement étudiés par M. SOUQUES dans son Rapport à la *Société de Neurologie*, en juin 1921, il insiste sur l'importance de distinguer deux espèces de troubles sensitifs : il s'agit tantôt de sensation de fatigue, d'engourdissement, de fourmillements, tantôt de véritables douleurs. Il insiste particulièrement sur ces dernières, que certains auteurs ont appelé « douleurs ostéo-articulaires », par leur ressemblance, semble-t-il, avec les douleurs du rhumatisme chronique. Elles siègent principalement aux membres, à la nuque, aux lombes, sous la forme « d'élancements, brûlures, constrictions ». Elles surviennent par crises. A leur propos, M. SOUQUES s'exprime ainsi : « Les dou-

leurs chez les parkinsoniens précèdent ordinairement le début apparent de la maladie ».

Les fourmillements, engourdissements, crampes, forment le deuxième type de douleurs, que l'on a qualifié de « douleurs neuro-vasculo-sympathiques ». Ce sont ces douleurs neuro-vasculo-sympathiques, qui ont une grande importance pour le diagnostic précoce du parkinsonisme, car elles existent beaucoup plus fréquemment que ne l'indiquent les descriptions classiques, mais à la condition d'être recherchées systématiquement.

A part ces troubles sensitifs dont nous venons de parler, et qui sont si fréquents au début de l'affection, il y a bien d'autres symptômes qui ont été également signalés par les auteurs comme marquant le début du parkinsonisme ; ainsi par exemple, pour F. LEWY, l'exagération de la sécrétion salivaire associée à des troubles du tractus digestif peuvent être comptés comme des prodromes non exceptionnels au début du parkinsonisme sénile.

D'après nos observations personnelles et de ce qui ressort de notre statistique, nous avons, comme d'autres auteurs d'ailleurs, observé ce symptôme avec une extrême fréquence au début du syndrome parkinsonien post-encéphalitique. — L'exagération de la sécrétion salivaire et l'impassibilité du masque facial, constituant, nous semble-t-il, deux symptômes d'une grande fréquence à l'extrême début de l'affection. Bien souvent en effet, en interrogeant l'entourage des parkinsoniens, on apprend facilement que « ce qui a

attiré l'attention tout d'abord c'est le changement d'expression du visage, la fixité du regard, etc., etc. ».

Signalons, pour mémoire, que CHARCOT et VULPIAN ont cité un cas où le tremblement avait été précédé, pendant un an, par des vertiges et un état ébrieux qui disparurent quand le tremblement apparut.

D'autre part, ROSENTHAL a cité comme signes de début, la *céphalée*, l'*insomnie*, l'*irritabilité*, les « congestions » fréquentes de la tête. Plus récemment on a insisté sur deux symptômes de début qui méritent d'être retenus : la *séborrhée*, qui contribue par sa note particulière à la constitution du facies typique (STERN, STIEFLER), et la *crampe des écrivains*, sur laquelle avait déjà insisté, en 1907, M. Camille NÉGRO et puis successivement, M. le Professeur GUILLAIN, Fedele NEGRO, SCHWEMM, MAGALHAES LEMOS, et tout récemment encore, M. LÉVY-VALENSI, qui a rapporté trois observations intéressantes, dans son article : « La crampe des écrivains, première manifestation du syndrome parkinsonien ».

Il convient de remarquer, que tous ces phénomènes sur lesquels nous venons d'insister, sont parfois si vagues et si discrets, qu'ils passent complètement inaperçus et pour le médecin et pour le malade lui-même ; ce n'est que par un interrogatoire méthodique et minutieux que nous pouvons les déceler.

Avant de terminer ce chapitre des généralités, nous voulons insister sur le fait que, si comme le pensent beaucoup d'auteurs avec M. SOUQUES, la maladie de Parkinson dite essentielle et le parkinsonisme post-

encéphalitique peuvent être considérés comme deux affections semblables et dépendant du même syndrome morbide, il existe, au point de vue clinique, des différences nettes qui ont été bien établies par M. le Professeur GUILLAIN et M. Pierre MOLLARET, dans leur très intéressante étude sur : « Les séquelles de l'encéphalite épidémique ». En effet, on constate dans le parkinsonisme post-encéphalitique une association de symptômes : perturbation du faisceau pyramidal, troubles psychiques, spasmes divers (torticolis, blépharospasme, spasmes oculaires, etc., etc.), que l'on observe bien rarement dans le parkinsonisme sénile. De plus, on constate chez les post-encéphalitiques, une prédominance de l'hypertonie ; inconstance du tremblement, souvent atypique d'ailleurs (« paralysis agitans sine agitatione ») (von ECONOMO) ; début cervico-facial et non ectromélique ; prédominance des troubles à la moitié supérieure du corps ; rareté des troubles sensitifs objectifs.

L'évolution générale diffère également. La maladie de Parkinson évolue d'une manière très lentement progressive et son début est en particulier très insidieux, alors que le syndrome parkinsonien post-encéphalitique se constitue rapidement, en quelques mois.

L'âge, enfin, représente un élément différentiel capital. La maladie de Parkinson apparaît essentiellement comme une affection de la cinquantaine. A l'opposé, tout syndrome parkinsonien de l'adulte et surtout de l'enfant doit faire songer à l'étiologie encéphalitique.

Il semble donc bien, avec MM. GUILLAIN et MOLLARET, qu'il convienne de séparer ces deux affections, quoique « au total, personne ne peut songer à nier les ressemblances énormes de l'une et l'autre maladie, qui reposent très vraisemblablement sur une pathogénie ou une localisation lésionnelle commune » (G. Lévy).

Pour terminer, nous dirons, en nous plaçant à un point de vue essentiellement clinique, que le syndrome parkinsonien quelle que soit son origine, débute soit par un des symptômes cardinaux, *le tremblement* ou *la rigidité*, soit par des symptômes secondaires, tels que *les douleurs, les paresthésies, les troubles vaso-moteurs et sécrétoires, les modifications et troubles du caractère*, etc., dont l'étude clinique détaillée, tirée de l'analyse de nos observations personnelles et de notre statistique, sera l'objet du chapitre suivant.

CHAPITRE II

ETUDE CLINIQUE DES SYMPTÔMES DU DEBUT

La symptomatologie des syndromes parkinsoniens étant trop connue et trop bien décrite dans tous les traités classiques, il nous paraît inutile et fastidieux d'y revenir ici. Nous nous bornerons donc, dans ce chapitre, à étudier au point de vue clinique et sans préjuger de leur physio-pathologie, uniquement les symptômes de début, en insistant à propos de chacun d'eux, sur sa fréquence et son importance. Nous laisserons donc, intentionnellement de côté tous les symptômes appartenant en propre à la période d'état de la maladie.

Début par des symptômes cardinaux

DÉBUT PAR TREMBLEMENT. — Nous signalons en premier lieu le début par le tremblement, car il est de beaucoup le plus fréquent et constitue, d'autre part, le symptôme capital du syndrome, celui qui a servi de base à la description originale de James PARKINSON ; c'est aussi le symptôme le plus précoce dans le Parkinson « maladie », dont il reste parfois le seul

symptôme pendant un temps plus ou moins long. C'est lui aussi qui frappe tout d'abord le malade et qui le décide à aller consulter.

Chez les parkinsoniens post-encéphalitiques, le tremblement constitue, en réalité, un symptôme de second plan. Il est, en effet, chez ces malades, très inconstant et on a donné même à cette inconstance la valeur d'un caractère nosographique.

C'est chez les parkinsoniens séniles où il présente en toute pureté, les caractères classiques et bien connus que lui ont relevés les auteurs à commencer par Parkinson : tremblement de repos, *statique* (SOUQUES) ; régulier d'amplitude et de rythme, monotone, uniforme ; la fréquence des oscillations varie entre 4 et 8 par seconde et demeure uniforme pour un même malade ; il est influencé d'une manière variable, par la fatigue, les émotions, l'exercice de la pensée, mais toujours dans le sens de l'exagération ; il est atténué par les mouvements volontaires ; au niveau des membres il garde toujours son caractère topographique foncier, d'être essentiellement *ectromélique*. A la main, ce sont surtout les doigts qui **tremblent et s'agitent**, dessinant soit le geste de « filer du chanvre », de « rouler des pilules », « compter de la monnaie », « d'émiettement du pain », etc., etc., tellement on a multiplié les comparaisons. Au membre inférieur, le tremblement effleure les orteils et se traduit surtout par une série d'oscillations du pied dans le sens sagittal ; c'est le classique « mouvement de pédale ». A la face, le

tremblement se montre assez fréquent : les lèvres, la mâchoire, les paupières, sont animées de mouvements uniformes et rythmés qui rappellent la mastication rapide du lapin ou le « marmottement d'une litanie ». Si le tremblement débute toujours, comme nous l'avons dit, par les extrémités, il se généralise d'une manière lente et régulière : s'il apparaît à la main droite par exemple, il gagnera après le bras droit, puis, la jambe droite pour apparaître quelque temps après au bras gauche et à la jambe gauche successivement.

Il importe de signaler que les parkinsoniens eux-mêmes ont la perception très nette de leur tremblement, et BRISSAUD avait observé un malade qui disait : « Je suis comme un polichinelle dont on tirerait la ficelle ; tout remue en même temps » ; d'autre part, comme H. LAMY l'a relevé, il est certains parkinsoniens qui, alors que le tremblement est à peine appréciable, éprouvent par tout le corps, comme une « vibration intérieure ».

Chez les parkinsoniens post-encéphalitiques, il serait plutôt exceptionnel de trouver le tremblement parkinsonien classique, avec tous ses caractères (Von ECONOMO). Pour CRUCHET, il manque dans la grande majorité des cas ; par contre, RISER et MÉRIEL l'ont observé dans les 60 % des cas de l'épidémie toulousaine.

Il serait peut-être plus fréquent d'observer chez les post-encéphalitiques, d'autres aspects de ce tremblement. C'est ainsi qu'il peut s'agir parfois d'un

tremblement intentionnel ; parfois, le tremblement peut exister au repos, mais s'exagère dans les mouvements. Il peut encore réaliser une succession de saccades grossières gagnant tout le corps et ébranlant les meubles. Il peut, enfin, n'apparaître que lors des moments de grande excitation psychique.

On voit donc combien peut être variable le tremblement chez les parkinsoniens post-encéphalitiques.

Dans les cas frustes, où le tremblement est peu manifeste, il est plus senti que vu ; à cet égard, certains auteurs recommandent quelques épreuves qui permettront d'objectiver le tremblement, ainsi par exemple, en tenant la main du parkinsonien en supination forcée, on peut sentir une vibration normale, mais moins rapide que celle du tremblement basedowien. C'est en faisant serrer fortement, et un certain temps, la main du parkinsonien que l'on serre en même temps, que d'ordinaire la vibration du tremblement apparaît la plus évidente.

A défaut des émotions, qu'il n'est pas toujours aisé de susciter, M. ANDRÉ-THOMAS conseille, pour faire déclencher le tremblement chez quelques malades, d'avoir recours aux excitations désagréables ou douloureuses. Il raconte, à ce propos, le cas d'un malade parkinsonien post-encéphalitique, chez lequel, la piqûre de la main saine déclenchait un tremblement de la main malade ; le tremblement se produisait encore, mais à un degré moindre dans la main malade, lorsque la piqûre y était directement appliquée. Le tremblement peut être encore amorcé

par une mobilisation passive un peu brusque ; cette manœuvre est particulièrement efficace à la main, le déplacement rapide du pouce en tous sens fait apparaître le tremblement classique de la maladie de Parkinson, le mouvement d'émiettement.

DÉBUT PAR DE LA RIGIDITÉ. — La rigidité musculaire, manifestation clinique de l'hypertonie extrapyramidale, constitue le deuxième symptôme fondamental du syndrome. Elle se traduit par une tension permanente du muscle, qui n'est jamais en état de repos complet.

La rigidité prend toute son importance comme symptôme de début dans le syndrome parkinsonien post-encéphalitique. Chez ces malades, en effet, elle constitue, dans la majorité des cas, le symptôme initial. A cet égard, M. SOUQUES estime que chez les deux tiers des cas des parkinsoniens post-encéphalitiques, le début se fait par de la rigidité. D'après les observations de notre statistique, nous l'avons trouvée comme *symptôme initial* dans toutes les observations concernant des parkinsoniens, dont les antécédents signalaient une encéphalite certaine. Chez les parkinsoniens séniles, au contraire, elle passe au deuxième plan, en tant que symptôme initial.

La rigidité se présente, chez les parkinsoniens, et en particulier chez les post-encéphalitiques, avec un ensemble de caractères très particuliers. Il s'agit, en effet, d'une hypertonie massive, globale, cireuse et plastique, permettant quelquefois la conservation des

attitudes passives (catalepsie) ; c'est la « rigidité de fixation » de STRÜMPELL.

Quoique généralisée, elle prédomine à la racine des membres (Von ECONOMO). Elle apparaît surtout par les mouvements, par les changements de l'attitude statique ; c'est une rigidité « *kinétique* ». Elle s'accompagne *d'une exagération des réflexes de posture* ; par contre, elle *ne détermine pas l'exagération des réflexes tendineux* ; elle peut *disparaître pendant quelques instants sous l'influence d'une émotion, d'une stimulation psychique* ; elle donne dans la mobilisation passive une sensation allant de celle d'une simple « viscosité musculaire » à celle d'une rigidité extrême. Parfois, l'hypertonie cède par à-coups, déterminant le classique phénomène de la « roue dentée », de NEGRO. Enfin, cette rigidité s'exagère lors de tout effort, et diminue au contraire dans le décubitus ou mieux dans le repos absolu ; elle cesse pendant le sommeil et est influencée par certains médicaments tels que la scopolamine, le datura, etc.

Début par des symptômes secondaires

A côté de la rigidité, symptôme moteur fondamental, qui constitue dans la majorité des cas le symptôme révélateur d'un état parkinsonien, il importe de noter quelques symptômes moteurs secondaires qui lui sont étroitement associés, au point de paraître en être parfois une conséquence ou un cas particulier ; nous voulons parler de la *bradykinésie* ou

akinésie (CRUCHET, LHERMITTE), de *l'aspect du visage du parkinsonien*. En effet, il nous paraît important d'insister ici sur ces symptômes, car nous avons pu remarquer, pendant notre séjour à la Clinique Neurologique de la Salpêtrière, où M. le Professeur Georges GUILLAIN nous a toujours réservé un accueil bienveillant, et permis de profiter de son précieux enseignement, que beaucoup de parkinsoniens viennent consulter, les uns, parce que le bras ou la jambe sont moins habiles qu'autrefois ; d'autres, parce qu'ils avaient remarqué que les gestes étaient devenus plus lents ; d'autres enfin, parce qu'ils exécutaient moins bien qu'auparavant les actes ordinaires de la vie, ou parce que la marche est devenue difficile, etc. Il est curieux de remarquer également, que certains parkinsoniens consultent, « parce que son entourage les a fait remarquer, que son facies a changé d'expression », ou parce qu'ils sont devenus moins gais, parlent peu, etc., etc. C'est qu'en effet, tous ces symptômes, qui marquent en réalité le début d'un état parkinsonien, sont plus observés par l'entourage que par le malade lui-même.

Les troubles de *l'écriture* constituent aussi un symptôme de début fréquent dans les états parkinsoniens ; ils peuvent être parfois même le symptôme révélateur d'un Parkinson fruste. Il n'est pas rare, en effet, de voir de tels malades, consulter simplement, parce qu'ils ont remarqué que leur écriture est devenue moins bonne, sans qu'il existe chez eux aucun symptôme manifeste de parkinsonisme. La cons-

tation de tels troubles permet de soupçonner déjà un certain désordre moteur, prélude d'un état parkinsonien à son début.

Les troubles de l'écriture chez les parkinsoniens ont été bien étudiés et décrits depuis longtemps par H. LAMY d'abord, dans la maladie de Parkinson, et puis, retrouvés par BÉRIEL, dans les états parkinsoniens post-encéphalitiques. Le tracé des caractères, lent et difficile, se montre hérissé de traits sinueux ou de lignes brisées que révèle l'examen de l'écriture à la loupe. Chez les trembleurs, malgré les efforts de volonté, les oscillations s'inscrivent et festonnent les courbes. Enfin, l'écriture devient souvent difficilement lisible en raison de la *micrographie* croissante, qui s'exagère au maximum à la fin de chaque ligne (H. LAMY, LEROY). Il convient d'en rapprocher les phénomènes de *crampe des écrivains*, qui, comme nous l'avons fait remarquer dans notre chapitre des généralités, apparaît souvent comme un signe prémonitoire du syndrome parkinsonien.

LES TROUBLES SENSITIFS, comme l'a fait si bien remarquer M. SOUQUES, dont les travaux à propos de la maladie de Parkinson font autorité, se rencontrent avec une grande fréquence à l'extrême début de l'affection ; ils précèdent, comme l'a dit ce Maître éminent de la Neurologie, tous les autres symptômes dans leur apparition. Ces troubles sensitifs se caractérisent par deux espèces de phénomènes : « Il s'agit tantôt de sensation de fatigue, d'engourdissement, de fourmillements, tantôt de *véritables douleurs* ».

Ce sont surtout ces dernières qu'on trouve le plus fréquemment dans la maladie de Parkinson ; M. SOUQUES les a trouvées dans un sixième des cas environ ; MM. LHERMITTE et CORNIL, sur douze malades examinés à ce point de vue, les ont constatées chez huit. Le plus souvent, ces douleurs ont comme siège la région de la nuque ; les lombes, où elles prennent parfois le type de douleurs en ceinture, pouvant faire croire à l'existence d'un mal de Pott (ROEDERER) ; à la région scapulaire ou dans les membres, présentant parfois une topographie radiculaire. Elles surviennent par crises, et se localisent assez fréquemment dans le segment de membre dans lequel s'installera plus tard la raideur, qu'elles précèdent parfois de plusieurs mois et même plusieurs années. Les malades comparent ces douleurs à des élancements vifs, à des constrictionnements pénibles, à des brûlures, etc. Elles ont rarement le caractère de douleur lancinante comme dans le tabès ou les névrites périphériques ; elles naissent et disparaissent plutôt sur place.

Le deuxième type de troubles sensitifs que distingue M. SOUQUES est représenté par des *paresthésies* : sensations de fourmillements, engourdissement, crampes, etc. Ils se trouvent fréquemment associées à des troubles vaso-moteurs : sensations anormales de *froid*, des *sueurs*, etc. Ces paresthésies prennent une grande importance dans le diagnostic précoce du parkinsonisme, car, comme nous l'avons déjà fait remarquer, elles sont d'une extrême fré-

quence au début de la maladie, mais il faut les rechercher, car elles sont parfois si discrètes, que le malade n'en parle pas, et ce n'est que par un interrogatoire minutieux qu'on peut les déceler.

LES TROUBLES VASO-MOTEURS ET SÉCRÉTOIRES. — Ils sont, comme les troubles sensitifs qu'ils accompagnent assez souvent, fréquents au début des états parkinsoniens. On a signalé, en effet, comme signe de début, les *sensations fréquentes de chaleur*, la *sialorrhée* (H. LÉWY), l'hypercrinie sébacée (STERN, STIEFLER), les *sueurs*, etc.

La sensation de chaleur est en général diffuse ou localisée à l'épigastre, au dos, à la face ou aux membres, et atteint généralement son maximum au moment des paroxysmes de tremblement et s'accompagne parfois de sueurs, mais elle peut survenir sans sueurs, et avec un tremblement modéré.

La *sialorrhée* est peut-être un des symptômes les plus précoces des syndromes parkinsoniens, car, comme l'a fait remarquer G. LÉVY, une salivation intense associée à une fixité du regard, sont déjà des signes très révélateurs d'un syndrome parkinsonien.

L'hyposécrétion a été observée par quelques auteurs (STERN et BING).

Les *sueurs* ne sont pas exceptionnelles au début du syndrome parkinsonien, elles coïncident assez souvent d'ailleurs avec les sensations de chaleur ; d'abord, elles apparaissent au moindre effort, puis,

elles se montrent au repos, continuellement, surtout la nuit, plus ou moins abondantes.

La *séborrhée*, si elle a été signalée comme un symptôme de début du syndrome parkinsonien, existe aussi d'une manière très fréquente dans toutes les séquelles post-encéphalitiques (STERN, LHERMITTE). Elles donnent au visage du parkinsonien un aspect « pommadé », « salbengesicht » (COHN, SARBO, STERN, STIEFLER).

LES MODIFICATIONS ET TROUBLES DU CARACTÈRE constituent aussi un symptôme fréquent au début des états parkinsoniens, qu'ils soient essentiels ou post-encéphalitiques. En effet, sans envisager les troubles mentaux que l'on peut observer exceptionnellement chez certains parkinsoniens post-encéphalitiques, il est intéressant de remarquer que chez tous les parkinsoniens on observe presque toujours un changement de caractère, qui, souvent, précède la rigidité ou le tremblement et les font consulter le médecin.

Ces malades deviennent plus sombres, plus taciturnes, plus émotionnables, plus anxieux ; ils sont préoccupés et tristes, sans cause apparente.

Ce changement du caractère chez le parkinsonien serait peut-être expliqué, pour certains auteurs (SOUQUES), par la préoccupation que détermine chez lui sa terrible infirmité.

Nous voulons terminer ce chapitre en attirant l'attention sur certains symptômes qui, quoique ayant été décrits comme appartenant en propre à l'encéphalite épidémique chronique, sont retrouvés avec

trop de fréquence chez les parkinsoniens post-encéphalitiques, et parfois même, précèdent chez ces malades, l'apparition des symptômes de la série parkinsonienne : ce sont, par exemple, les *crises oculogyres* et les *blépharospasmes*.

Chez beaucoup de malades de notre statistique les crises oculogyres ont précédé l'apparition du syndrome parkinsonien ; d'autre part, tous les malades chez lesquels les crises oculogyres constituaient pendant un certain temps le seul symptôme sont devenus, après, des parkinsoniens typiques.

Nous croyons donc que, dans tous les cas où les crises oculogyres apparaissent comme symptôme isolé, il faut se méfier de l'apparition ultérieure, presque certaine, d'un syndrome parkinsonien, d'autant plus qu'elle est la signature d'une encéphalite épidémique antérieure parfois difficilement retrouvée par l'interrogatoire. Mais il importe surtout, dans de pareils cas, de bien se garder de tomber dans la grosse erreur de diagnostic de prendre ces malades pour des pithiatiques, ce qui, d'ailleurs, n'est pas impossible ; il faut, au contraire, penser au parkinsonisme et mettre en œuvre une thérapeutique appropriée qui fera peut-être bénéficier le malade d'un avenir moins sombre.

CHAPITRE III

STATISTIQUE DE LA CLINIQUE CHARCOT A LA SALPETRIERE (1925-1935)

Dans le but de nous faire une idée sur le mode de début des syndromes parkinsoniens, nous avons réuni toutes les observations des malades parkinsoniens soignés à la Clinique Charcot, de 1925 à 1935, et nous y en avons relevé 96. Nous les étudierons, non dans l'ordre chronologique, mais d'après la fréquence des cas observés.

Voici le tableau récapitulatif de ces modes de début :

NOMBRE D'OBSERVATIONS : 96.

<i>Modes de début :</i>	<i>Nombres de cas :</i>
Par rigidité	41 soit 42,7 %
Par tremblement	33 soit 34,3 %
Par des douleurs	10 soit 10,4 %
Par troubles paresthésiques	9 soit 9,3 %
Par de l'insomnie	3 soit 3,1 %

Début par de la rigidité : 41 cas

OBS. 1. — Ba..., Louis, monteur électricien, âgé de 26 ans, entre à la Salpêtrière en mars 1927.

ANTÉCÉDENTS : encéphalite en 1920.

DIAGNOSTIC CLINIQUE : parkinson post-encéphalitique typique.

MODE DE DÉBUT : six mois après l'encéphalite, apparition d'une *bradykinésie* qui est allée en augmentant. Apparition d'un tremblement du bras gauche quelque temps après.

OBS. 2. — L..., Charles, âgé de 18 ans, consulte en mai 1925.

ANTÉCÉDENTS : encéphalite en 1920 : fièvre, somnolence, céphalée.

DIAGNOSTIC CLINIQUE : héli-syndrome parkinsonien gauche avec torticolis du même côté.

MODE DE DÉBUT : en 1921, un après l'encéphalite, *par une raideur au niveau du cou* avec sensation de feu, de piqûres d'aiguilles ; cette raideur a gagné progressivement le membre supérieur gauche déterminant une gêne dans les mouvements.

OBS. 3. — Mme L..., Juliette, âgée de 38 ans, entre à la Salpêtrière en mai 1925.

ANTÉCÉDENTS : l'interrogatoire ne décèle aucun antécédent encéphalitique, ou autre.

DIAGNOSTIC CLINIQUE : héli-syndrome parkinsonien droit.

MODE DE DÉBUT : en 1924, *apparition d'une raideur à la jambe droite* ainsi qu'un tremblement.

OBS. 4. — N..., Ferdinand, âgé de 50 ans, consulte à la Salpêtrière en mai 1929.

ANTÉCÉDENTS : encéphalite en 1919, diagnostiquée par son médecin.

DIAGNOSTIC CLINIQUE : héli-syndrome parkinsonien droit.

MODE DE DÉBUT : en 1922, par *lenteur des mouvements* du bras droit et *changement de l'expression du visage*.

OBS. 5. — Mlle N..., Marie, âgée de 16 ans, consulte à la Salpêtrière.

ANTÉCÉDENTS : encéphalite léthargique à l'âge de 12 ans.

DIAGNOSTIC CLINIQUE : syndrome parkinsonien post-encéphalitique.

MODE DE DÉBUT : un an auparavant, par l'apparition d'une *rigidité* suivie de l'apparition d'un tremblement parkinsonien. La rigidité et le tremblement ont été précédés de l'apparition de gros troubles psychiques.

OBS. 6. — Mme N..., Françoise, âgée de 38 ans, entre à la Salpêtrière le 27 avril 1925.

ANTÉCÉDENTS : encéphalite en 1920 : diplopie, fièvre, somnolence.

DIAGNOSTIC CLINIQUE : syndrome parkinsonien post-encéphalitique.

MODE DE DÉBUT : quatre mois auparavant par une *raideur des muscles de la face* et changement de l'expression du visage.

OBS. 7. — A..., Firmin, âgé de 35 ans, journalier, entre dans le service en mars 1925.

ANTÉCÉDENTS : en 1920 épisode encéphalitique d'une durée de six mois.

DIAGNOSTIC CLINIQUE : syndrome parkinsonien post-encéphalitique.

MODE DE DÉBUT : *par de la raideur* et gêne des mouvements au membre supérieur droit.

OBS. 8. — C..., Jacques, âgé de 31 ans, gardien de la paix, entre à la Salpêtrière en novembre 1929.

ANTÉCÉDENTS : en 1927 phénomène infectieux fébrile avec somnolence et diplopie.

DIAGNOSTIC CLINIQUE : héli-syndrome parkinsonien droit post-encéphalitique.

MODE DE DÉBUT : *par une raideur de la jambe droite*.

OBS. 9. — F..., Marcel, âgé de 25 ans, étudiant, entre en octobre 1927.

ANTÉCÉDENTS : en 1925, épisode encéphalitique avec fièvre, somnolence et diplopie.

DIAGNOSTIC CLINIQUE : héli-syndrome parkinsonien gauche post-encéphalitique.

MODE DE DÉBUT : en 1926, *par raideur* et gêne des mouvements au membre supérieur gauche.

OBS. 10. — C..., Pierre, âgé de 10 ans. Entre à la Salle Déjérine en juin 1925.

ANTÉCÉDENTS : encéphalite en 1920 : fièvre, somnolence et diplopie.

DIAGNOSTIC CLINIQUE : syndrome parkinsonien post-encéphalitique.

MODE DE DÉBUT : en 1921, *rigidité*, suivie d'un tremblement du membre supérieur gauche.

OBS. 11. — D..., Thérèse, âgée de 29 ans, entre à la Salpêtrière en mai 1925.

ANTÉCÉDENTS : en 1923, encéphalite, la malade étant enceinte.

DIAGNOSTIC CLINIQUE : syndrome parkinsonien post-encéphalitique.

MODE DE DÉBUT : en 1924, après son accouchement, *par une raideur des muscles de la face*, la malade ayant constamment la bouche ouverte.

OBS. 12. — G..., Germaine, âgée de 24 ans, employée de bureau, entre en octobre 1926.

ANTÉCÉDENTS : en 1920, épisode encéphalitique, fièvre, céphalée, somnolence, diplopie.

DIAGNOSTIC CLINIQUE : parkinson post-encéphalitique.

MODE DE DÉBUT : un an après l'encéphalite, *par contracture* au niveau du membre supérieur droit, qui a gagné progressivement le membre inférieur du même côté.

OBS. 13. — G..., Camille, âgé de 20 ans, dessinateur, entre à la Salpêtrière en octobre 1920.

ANTÉCÉDENTS : en 1924, encéphalite léthargique : fièvre, somnolence, diplopie.

DIAGNOSTIC CLINIQUE : syndrome parkinsonien post-encéphalitique.

MODE DE DÉBUT : deux ans après l'encéphalite, par une raideur de la main droite entraînant une difficulté pour dessiner, et apparition progressive d'un tremblement des doigts de la même main.

OBS. 14. — B..., Jeanne, âgée de 21 ans, entre à la Salpêtrière en novembre 1926.

ANTÉCÉDENTS : en 1918, grippe (?) (peu de souvenirs).

DIAGNOSTIC CLINIQUE : syndrome parkinsonien vraisemblablement post-encéphalitique.

MODE DE DÉBUT : en 1924, apparition d'une *raideur* au niveau du bras gauche avec crampes dans les doigts de la main gauche. Un an auparavant : apparition de crises oculogyres ; déviation des yeux latéralement vers la droite survenant une fois par semaine.

OBS. 15. — C..., Jeanne, âgée de 25 ans, entre en octobre 1926.

ANTÉCÉDENTS : en 1921, encéphalite épidermique, forme algo-myoclonique.

DIAGNOSTIC CLINIQUE : syndrome parkinsonien post-encéphalitique.

MODE DE DÉBUT : en 1922, *apparition d'une raideur au membre inférieur droit* ; peu de temps après un léger tremblement est apparu au même niveau.

OBS. 16. — D..., Gilberte, âgée de 28 ans, dévideuse, entre en mai 1928.

ANTÉCÉDENTS : en 1925, épisode encéphalitique net.

DIAGNOSTIC CLINIQUE : syndrome parkinsonien post-encéphalitique.

MODE DE DÉBUT : *par une raideur* au niveau du bras droit, en même temps sont apparues des crises oculo-gyres et une céphalée intense.

OBS. 17. — D..., Louise, âgée de 26 ans, couturière, entre dans le service en janvier 1925.

ANTÉCÉDENTS : pas d'antécédents encéphalitiques dans l'interrogatoire.

DIAGNOSTIC CLINIQUE : héli-syndrome parkinsonien gauche, d'origine encéphalitique probable.

MODE DE DÉBUT : *par une raideur* du membre supérieur gauche avec sensation permanente de froid, puis, apparition progressive d'un tremblement du bras gauche.

OBS. 18. — P..., Albert, âgé de 29 ans, entre à la Salpêtrière en septembre 1925.

ANTÉCÉDENTS : en 1924, phase nette d'encéphalite : fièvre, somnolence, myoclonies.

DIAGNOSTIC CLINIQUE : héli-syndrome parkinsonien droit post-encéphalitique.

MODE DE DÉBUT : en 1925, apparition d'une *raideur* avec gêne des mouvements dans le membre supérieur droit, puis évolution d'un syndrome parkinsonien typique.

OBS. 19. — H..., Henriette, âgée de 43 ans, entre dans le Service en août 1929.

ANTÉCÉDENTS : aucun antécédent encéphalitique à l'interrogatoire.

DIAGNOSTIC CLINIQUE : syndrome parkinsonien post-encéphalitique.

MODE DE DÉBUT : en 1926, par une *raideur des doigts de la main droite* qui gênait l'exécution de travaux fins ; un certain temps après, cette raideur a envahi tout le bras droit et la jambe droite.

OBS. 20. — H..., Fernande, âgée de 26 ans, entre à la Salpêtrière en mai 1935.

ANTÉCÉDENTS : aucun épisode encéphalitique décelable par l'interrogatoire.

DIAGNOSTIC CLINIQUE : syndrome parkinsonien post-encéphalitique.

MODE DE DÉBUT : en 1933, apparition progressive d'une *rigidité au membre supérieur gauche*, qui en peu de temps a gagné le membre inférieur du même côté. Cette rigidité a été précédée de l'apparition de crises oculogyres.

OBS. 21. — H..., François, âgé de 27 ans, entre dans le Service en avril 1928.

ANTÉCÉDENTS : en 1920, encéphalite léthargique, diagnostiquée par son médecin.

DIAGNOSTIC CLINIQUE : syndrome parkinsonien post-encéphalitique.

MODE DE DÉBUT : en 1923, par une *raideur de la main*

gauche, avec évolution ultérieure d'un syndrome parkinsonien typique.

OBS. 22. — P..., Ch., âgé de 30 ans, entre en mai 1928.

ANTÉCÉDENTS : aucun antécédent encéphalitique à l'interrogatoire.

DIAGNOSTIC CLINIQUE : syndrome parkinsonien post-encéphalitique.

MODE DE DÉBUT : par des *phénomènes spasmodiques de la mâchoire inférieure*. Certain temps auparavant apparition de crises oculogyres.

OBS. 23. — P..., Simone, âgée de 12 ans, entre à la Salpêtrière en mai 1925.

ANTÉCÉDENTS : en 1920, encéphalite épidémique diagnostiquée à l'Hôpital Trousseau.

DIAGNOSTIC CLINIQUE : syndrome parkinsonien post-encéphalitique.

MODE DE DÉBUT : par des *phénomènes spasmodiques de la mâchoire inférieure*, l'enfant restant facilement avec la bouche ouverte. Ces phénomènes ont été précédés d'un changement du caractère de l'enfant vers l'irritabilité, méchanceté, mais surtout une *insomnie nocturne* avec grande agitation jusqu'à deux heures du matin.

OBS. 24. — S..., Louise, âgée de 30 ans, consulte en janvier 1935

ANTÉCÉDENTS : en 1922, épisode encéphalitique.

DIAGNOSTIC CLINIQUE : syndrome parkinsonien post-encéphalitique typique.

MODE DE DÉBUT : *par raideur* très marquée des membres inférieurs, qui s'est vite généralisée aux quatre membres, avec apparition rapide d'un tremblement parkinsonien bilatéral.

OBS. 25. — S..., Jules, âgé de 50 ans, entre en janvier 1925.

ANTÉCÉDENTS : en 1921, encéphalite diagnostiquée par son médecin.

DIAGNOSTIC CLINIQUE : syndrome parkinsonien post-encéphalitique.

MODE DE DÉBUT : en 1923, par une *raideur du membre supérieur droit*, suivie quelque temps après de l'apparition d'un tremblement. Salivation abondante.

OBS. 26. — Th..., René, âgé de 16 ans, entre à la Salpêtrière en septembre 1930.

ANTÉCÉDENTS : encéphalite épidémique certaine en 1923.

DIAGNOSTIC CLINIQUE : syndrome parkinsonien post-encéphalitique typique à prédominance hypertonique.

MODE DE DÉBUT : en 1929, l'entourage remarqua un grand changement du caractère ; le malade était devenu irritable, comme il ne l'avait jamais été auparavant ; apparition d'une raideur au niveau de son membre supérieur gauche, avec crises de spasme clonique des paupières.

OBS. 27. — T..., Hervé, âgé de 25 ans, entre à la Salpêtrière en mars 1930.

ANTÉCÉDENTS : encéphalite à l'âge de 12 ans, en 1917.

DIAGNOSTIC CLINIQUE : syndrome parkinsonien post-encéphalitique.

MODE DE DÉBUT : en 1924, par *raideur* avec gêne des mouvements au membre supérieur droit avec apparition progressive d'un tremblement au même niveau.

OBS. 28. — V..., Pierre, âgé de 19 ans, entre en juin 1929.

ANTÉCÉDENTS : en 1926 épisode encéphalitique net.

MODE DE DÉBUT : par une *raideur* aux membres inférieurs avec difficulté pour la marche.

DIAGNOSTIC CLINIQUE : syndrome parkinsonien post-encéphalitique.

OBS. 29. — Ch..., Henry, âgé de 53 ans, chauffeur de taxi, entre en juillet 1925.

ANTÉCÉDENTS : aucun antécédent encéphalitique décelable à l'interrogatoire.

DIAGNOSTIC CLINIQUE : syndrome parkinsonien post-encéphalitique.

MODE DE DÉBUT : en 1922, par une *raideur au niveau de la main droite*, gênant le malade dans son travail. Progressivement cette raideur s'est accentuée et a gagné lentement l'avant-bras, puis le bras, obligeant le malade à cesser son métier de chauffeur, à cause de la difficulté de se servir de son bras droit.

OBS. 30. — L..., Jean, âgé de 29 ans, entre en septembre 1927.

ANTÉCÉDENTS : encéphalite en 1919.

DIAGNOSTIC CLINIQUE : syndrome parkinsonien post-encéphalitique.

MODE DE DÉBUT : en 1922, par *hypertonie du membre inférieur gauche*, suivie quelque temps après de l'apparition d'un tremblement du type parkinsonien.

OBS. 31. — C..., Jean, âgé de 27 ans, manutentionnaire, entre à la Salle Pinel en avril 1929.

ANTÉCÉDENTS : en juillet 1925, phénomène infectieux fébrile d'une durée d'un mois et demi avec fièvre, céphalée, douleurs lombaires et articulaires, somnolence marquée. Pas de diplopie.

DIAGNOSTIC CLINIQUE : syndrome parkinsonien post-encéphalitique à prédominance hypertonique.

MODE DE DÉBUT : quelques mois après l'épisode in-

fectieux, par l'installation progressive d'une *rigidité des membres supérieurs et des muscles de la face*. Bradykinésie et impassibilité du visage, semblent être les premiers symptômes constatés par le malade.

OBS. 32. — Ch..., Antoine, âgé de 28 ans, employé, entre en mars 1930.

ANTÉCÉDENTS : en 1926, encéphalite épidémique diagnostiquée à la Consultation de l'Hôtel-Dieu.

DIAGNOSTIC CLINIQUE : syndrome parkinsonien post-encéphalitique.

MODE DE DÉBUT : en 1929, par l'apparition d'une *raideur* au niveau des bras, gênant les mouvements, ainsi qu'une *salivation très abondante* ; ces troubles ont été précédés de l'apparition de crises oculogyres.

OBS. 33. — C..., Marius, âgé de 36 ans, tourneur, entre à la Salle Rayer, en août 1933.

ANTÉCÉDENTS : aucun antécédent encéphalitique. Spécificité contractée à l'âge de 20 ans, mais qui fut traitée énergiquement.

DIAGNOSTIC CLINIQUE : syndrome parkinsonien vraisemblablement post-encéphalitique.

MODE DE DÉBUT : en 1929, *par une raideur du membre inférieur gauche*, suivie quelque temps après par l'apparition d'un léger tremblement de la jambe gauche qui s'est généralisé depuis au bras gauche en même temps que sont apparues des crises oculogyres.

OBS. 34. — D..., Marie, âgée de 30 ans, consulte à la Clinique Charcot en janvier 1932.

ANTÉCÉDENTS : en 1930, encéphalite léthargique diagnostiquée par son médecin.

DIAGNOSTIC CLINIQUE : syndrome parkinsonien post-encéphalitique typique.

MODE DE DÉBUT : peu de temps après son encéphalite, la malade remarqua que *ses mouvements devenaient de plus en plus lents*, et qu'elle avait *perdu sa vivacité d'autrefois*. Elle constata également une *grosse exagération de la sécrétion salivaire*, qui la gênait beaucoup. Depuis, lentement le syndrome parkinsonien s'est constitué avec la symptomatologie classique qu'elle présente aujourd'hui.

OBS. 35. — H..., Daniel, âgé de 17 ans, entre à la Salle Pinel en décembre 1929.

ANTÉCÉDENTS : en 1923, encéphalite : fièvre, céphalée, somnolence et myoclonies.

DIAGNOSTIC CLINIQUE : syndrome parkinsonien bilatéral post-encéphalitique.

MODE DE DÉBUT : il y a trois ans, par *hypersalivation*, *raideur du membre gauche*, qui s'est vite généralisée aux quatre membres. Certain temps après : apparition d'un léger tremblement aux deux membres supérieurs.

OBS. 36. — I..., Gabrielle, âgée de 49 ans, entre en août 1934.

ANTÉCÉDENTS : en 1921, encéphalite : céphalée, somnolence, myoclonies.

DIAGNOSTIC CLINIQUE : syndrome parkinsonien post-encéphalitique.

MODE DE DÉBUT : un an après l'encéphalite, apparition d'*une certaine raideur* au niveau de son bras gauche qui a gêné les mouvements; deux ans, après apparition d'un tremblement de petite amplitude aux doigts de la main gauche.

OBS. 37. — G..., Henriette, âgée de 25 ans, entre en mai 1929.

ANTÉCÉDENTS : la malade ne se souvient pas d'avoir

eu auparavant aucun phénomène infectieux fébrile. Cependant elle dit avoir eu une phase de diplopie à la suite de deux grossesses, dont les deux enfants sont morts de méningite.

DIAGNOSTIC CLINIQUE : héli-syndrome parkinsonien gauche.

MODE DE DÉBUT : il y a un an, par apparition lente et progressive d'une raideur au niveau du membre supérieur gauche qui petit à petit a gagné l'héli-face gauche: cette raideur du bras gauche gênant beaucoup la malade pour son travail, l'a décidée à consulter. L'examen clinique montre un héli-syndrome parkinsonien gauche des plus typiques.

OBS. 38. — G..., Marcel, âgé de 24 ans, manœuvre, entre en avril 1935.

ANTÉCÉDENTS : rien d'important.

DIAGNOSTIC CLINIQUE : syndrome parkinsonien vraisemblablement post-encéphalitique.

MODE DE DÉBUT : par raideur du bras gauche qui progressivement a gagné le membre inférieur gauche. Certain temps après, apparition d'un léger tremblement au niveau du bras gauche.

OBS. 39. — M..., Victor, âgé de 38 ans, entre en mars 1935.

ANTÉCÉDENTS : un interrogatoire minutieux ne permet pas de déceler aucun antécédent encéphalitique, jamais de fièvre, ni somnolence, ni diplopie.

DIAGNOSTIC CLINIQUE : syndrome parkinsonien vraisemblablement post-encéphalitique à son début avec association de crises oculogyres.

MODE DE DÉBUT : depuis quelques mois, son entourage a remarqué qu'il est devenu triste, abattu, parle peu, et que son visage, en particulier, a beaucoup changé, est

devenu inexpressif. De plus, il y a quelques mois, le malade est devenu plus lent pour exécuter les mouvements ordinaires. Depuis un mois, des crises oculogyres ont apparu ; à noter aussi une *exagération de la sécrétion sudorale dès le début*, ainsi qu'une *raideur* au niveau du membre supérieur gauche et au cou.

OBS. 40. — P..., Lucie, âgée de 36 ans, entre en octobre 1929.

ANTÉCÉDENTS : il y a six ans, en 1923, encéphalite.

DIAGNOSTIC CLINIQUE : syndrome parkinsonien post-encéphalitique, avec crises d'épilepsie tonique.

MODE DE DÉBUT : *par une raideur avec gêne des mouvements au niveau du membre supérieur gauche*. Peu de temps après apparition d'un tremblement du type parkinsonien au même niveau.

OBS. 41. — P..., âgé de 35 ans, entre à la Salpêtrière en mai 1931.

ANTÉCÉDENTS : aucun antécédent encéphalitique dans son histoire. Pas de spécificité.

DIAGNOSTIC CLINIQUE : héli-syndrome parkinsonien gauche à prédominance hypertonique.

MODE DE DÉBUT : *par une raideur* qui a commencé au niveau de la jambe gauche en avril 1930. Le malade traînait sa jambe pendant la marche.

Début par tremblement : 33 cas

OBS. 42. — B..., François, âgé de 64 ans. Entre à la Salpêtrière le 23 juillet 1927.

ANTÉCÉDENTS : aucun antécédent encéphalitique. Malade qui a toujours été bien portant.

DIAGNOSTIC CLINIQUE : Maladie de Parkinson sénile.

MODE DE DÉBUT : en 1924, *par un léger tremblement du membre supérieur gauche*.

OBS. 43. — C..., Michel, âgé de 34 ans, entre à la Salpêtrière en mai 1926.

ANTÉCÉDENTS : en 1919, phénomène infectieux fébrile, avec céphalée, somnolence et diplopie.

DIAGNOSTIC CLINIQUE : syndrome parkinsonien post-encéphalitique droit, à prédominance de tremblement.

MODE DE DÉBUT : en 1922, *par un tremblement* de « pédale » du pied droit, qui progressivement a gagné toute la jambe droite.

OBS. 44. — Mme L..., Renée, âgée de 24 ans, consulte en septembre 1932.

ANTÉCÉDENTS : à l'âge de 12 ans (1920), encéphalite avec fièvre, céphalée, somnolence et diplopie.

DIAGNOSTIC CLINIQUE : héli-syndrome parkinsonien droit avec crises oculogyres.

MODE DE DÉBUT : en 1931, *apparition d'un tremblement du type parkinsonien au membre inférieur droit*, précédé pendant longtemps de l'apparition de crises oculogyres.

OBS. 45. — Mme L..., Jeanne, âgée de 31 ans, consulte à la Salpêtrière, en octobre 1926, pour un tremblement de la main gauche.

ANTÉCÉDENTS : encéphalite en 1920.

DIAGNOSTIC CLINIQUE : héli-syndrome parkinsonien gauche à prédominance de tremblement.

MODE DE DÉBUT : en 1925, *par un petit tremblement des doigts* de la main gauche.

OBS. 46. — L..., Léon, âgé de 25 ans, consulte à la Clinique Charcot en octobre 1932.

ANTÉCÉDENTS : encéphalite à l'âge de 11 ans, en 1918.

DIAGNOSTIC CLINIQUE : syndrome parkinsonien bilatéral post-encéphalitique.

MODE DE DÉBUT : en 1929, par l'apparition d'un *tremblement*, semble-t-il, au niveau des quatre membres (?). Apparition de crises oculogyres quelque temps auparavant.

OBS. 47. — Mme M..., Octavie, âgée de 61 ans, entre dans le Service en juin 1925.

ANTÉCÉDENTS : aucun. Malade dit avoir toujours été bien portante.

DIAGNOSTIC CLINIQUE : Maladie de Parkinson sénile.

MODE DE DÉBUT : trois mois auparavant, *par un léger tremblement* de la main droite.

OBS. 48. — A..., Henry, âgé de 52 ans, entre à la Salpêtrière en mai 1928.

ANTÉCÉDENTS : aucun antécédent encéphalitique à l'interrogatoire.

DIAGNOSTIC CLINIQUE : héli-syndrome parkinsonien gauche.

MODE DE DÉBUT : *par un tremblement* dans le membre supérieur gauche en 1927.

OBS. 49. — A..., Raymonde, âgée de 18 ans, employée, entre à la Salpêtrière en février 1926.

ANTÉCÉDENTS : en 1920, encéphalite léthargique à type algo-myoclonique.

DIAGNOSTIC CLINIQUE : syndrome parkinsonien post-encéphalitique.

MODE DE DÉBUT : *par tremblement*, qui a été précédé de l'apparition de crises oculogyres.

OBS. 50. — M. D..., âgé de 58 ans, mécanicien, entre en juin 1925

ANTÉCÉDENTS : aucun antécédent encéphalitique ; malade étant toujours bien portant.

DIAGNOSTIC CLINIQUE : Maladie de Parkinson.

MODE DE DÉBUT : il y a dix ans, par des *tremblements des doigts de la main droite*, gênants pour l'écriture.

OBS. 51. — Mlle G..., Amélie, âgée de 45 ans, comptable, entre en décembre 1934.

ANTÉCÉDENTS : aucun. Malade toujours bien portante.

DIAGNOSTIC CLINIQUE : Maladie de Parkinson.

MODE DE DÉBUT : il y a 18 mois, *par un tremblement au niveau du pouce* de la main droite. Pas de contraction appréciable à l'examen clinique actuel (décembre 1934).

OBS. 52. — Mme B..., Marie, âgée de 30 ans, couturière, entre en juin 1928.

ANTÉCÉDENTS : en 1924, épisode encéphalitique : fièvre, somnolence et diplopie.

DIAGNOSTIC CLINIQUE : syndrome parkinsonien post-encéphalitique.

MODE DE DÉBUT : *par un léger tremblement du bras droit*, qui progressivement a gagné la jambe droite.

OBS. 53. — P..., Paul, âgé de 21 ans, garçon d'hôtel, entre dans le Service en mai 1925.

ANTÉCÉDENTS : en 1921, épisode encéphalitique : somnolence, fièvre, céphalée, myoclonies.

DIAGNOSTIC CLINIQUE : syndrome parkinsonien post-encéphalitique.

MODE DE DÉBUT : *par un tremblement* au niveau de la main gauche.

OBS. 54. — R..., Roger, âgé de 24 ans, consulte en février 1925.

ANTÉCÉDENTS : en 1919, épisode encéphalitique : fièvre, céphalée, délire, somnolence et diplopie.

DIAGNOSTIC CLINIQUE : héli-syndrome parkinsonien droit post-encéphalitique.

MODE DE DÉBUT : en 1924, à la suite d'un accident d'automobile, semble-t-il, *apparition d'un tremblement au niveau du membre supérieur droit* (deux mois après l'accident).

OBS. 55. — H..., Gabriel, âgé de 39 ans, journalier, consulte à la Clinique Charcot en juillet 1926.

ANTÉCÉDENTS : en 1923, épisode infectieux fébrile avec somnolence et diplopie.

DIAGNOSTIC CLINIQUE : syndrome parkinsonien post-encéphalitique.

MODE DE DÉBUT : en 1925, *apparition d'un léger tremblement* au membre supérieur droit.

OBS. 56. — P..., Louis, âgé de 63 ans, entre dans le Service en octobre 1929.

ANTÉCÉDENTS : le malade a été bien portant jusqu'à 1918. A cette époque, accident brusque avec perte de connaissance et perte de la mémoire. Jamais de fièvre, ni somnolence, ni diplopie.

DIAGNOSTIC CLINIQUE : Maladie de Parkinson sénile.

MODE DE DÉBUT : sans que le malade puisse préciser la date, il semble qu'il s'est fait par l'apparition d'un *tremblement au niveau des doigts de la main droite*, réalisant le geste classique de rouler une cigarette.

OBS. 57. — R..., Edgard, âgé de 27 ans, entre en octobre 1928.

ANTÉCÉDENTS : en 1921, encéphalite : fièvre, céphalée, somnolence et troubles visuels.

DIAGNOSTIC CLINIQUE : héli-syndrome parkinsonien gauche post-encéphalitique.

MODE DE DÉBUT : en 1923, deux ans après l'encépha-

lite, par un tremblement au niveau du membre supérieur gauche qui s'est accentué progressivement.

OBS. 58. — L..., Jean, âgé de 64 ans, entre dans le Service en septembre 1934.

ANTÉCÉDENTS : rien d'important.

DIAGNOSTIC CLINIQUE : Maladie de Parkinson sénile.

MODE DE DÉBUT : sans que le malade puisse préciser la date du début il semble bien qu'il s'est fait *par un tremblement* parkinsonien typique de la main droite.

OBS. 59. — T..., Joseph, âgé de 13 ans, est amené par ses parents en avril 1928.

ANTÉCÉDENTS : encéphalite épidémique à l'âge de 9 ans.

DIAGNOSTIC CLINIQUE : syndrome parkinsonien post-encéphalitique.

MODE DE DÉBUT : un an après l'encéphalite, le syndrome parkinsonien serait apparu *par un tremblement* au niveau des deux mains.

OBS. 60. — Mlle V..., Suzanne, âgée de 31 ans, consulte en décembre 1930.

ANTÉCÉDENTS : en 1920, encéphalite épidémique.

DIAGNOSTIC CLINIQUE : syndrome parkinsonien post-encéphalitique.

MODE DE DÉBUT : en 1927, *par un tremblement du membre supérieur droit*.

OBS. 61. — M..., Louis, âgé de 53 ans, employé de commerce, entre en juin 1926.

ANTÉCÉDENTS : aucun antécédent encéphalitique n'est décelable par l'interrogatoire.

DIAGNOSTIC CLINIQUE : syndrome parkinsonien post-encéphalitique.

MODE DE DÉBUT : en 1922, *par un tremblement de la main droite* qui a gagné progressivement le bras et plus récemment est apparu à la langue.

OBS. 62. — Mme L..., Adèle, âgée de 54 ans, entre en août 1925.

ANTÉCÉDENTS : aucun antécédent encéphalitique dans son passé. Malade qui a toujours été bien portante.

DIAGNOSTIC CLINIQUE : Maladie de Parkinson sénile.

MODE DE DÉBUT : remonte à un an et demi ; le seul symptôme constaté dès le début par la malade est *un tremblement au niveau des mains* qui s'est généralisé depuis aux lèvres et à la mâchoire inférieure.

OBS. 63. — Mlle B..., Germaine, âgée de 18 ans, manutentionnaire, entre en novembre 1933.

ANTÉCÉDENTS : un épisode infectieux fébrile avec céphalée, somnolence et diplopie, semble avoir précédé les troubles que présente actuellement la malade.

DIAGNOSTIC CLINIQUE : héli-syndrome parkinsonien gauche, avec crises convulsives pithiatiques.

MODE DE DÉBUT : en 1930, *par un tremblement de la main gauche*, apparu semble-t-il, subitement, et qui a été suivi quelque temps après de l'apparition lente et progressive d'un tremblement de la jambe gauche.

OBS. 64. — B..., Gaston, âgé de 58 ans, entre dans le service en décembre 1933.

ANTÉCÉDENTS : pas d'antécédents encéphalitiques. En 1918, blessé par un éclat d'obus.

DIAGNOSTIC CLINIQUE : Maladie de Parkinson sénile.

MODE DE DÉBUT : sans que le malade puisse préciser la date du début, il semble qu'il s'est fait *par l'apparition d'un tremblement*, au niveau de son membre supérieur droit.

OBS. 65. — C..., Jeanne, âgée de 44 ans, consulte à la Salpêtrière en juin 1929.

ANTÉCÉDENTS : malade toujours bien portante. Aucun épisode encéphalitique.

DIAGNOSTIC CLINIQUE : Maladie de Parkinson.

MODE DE DÉBUT : par un *tremblement de la tête*, qui progressivement est apparu aux lèvres et à la langue. Récemment apparition de crises oculogyres.

OBS. 66. — C..., Auguste, âgé de 70 ans, consulte en mai 1934.

ANTÉCÉDENTS : pas d'encéphalite. Spécificité contractée dans sa jeunesse.

DIAGNOSTIC CLINIQUE : Maladie de Parkinson sénile, avec syndrome de Stokes-Adams.

MODE DE DÉBUT : la maladie de Parkinson a débuté il y a 6 ans par un léger *tremblement des mains*, avec mouvements d'émiettement qui s'est depuis généralisé progressivement aux lèvres, à la langue et finalement sa tête a commencé à trembler également. A ceci s'ajoute, depuis 4 ans seulement, l'apparition de *perte de connaissance rapide*, de quelques secondes, sans crises convulsives, ni perte d'urines, ni morsure de la langue. Depuis deux ans ces crises se sont accentuées en intensité et en fréquence et le malade a fait une grande crise avec ébauche de phénomènes convulsifs. Cinq jours après cette grande crise : difficulté pour parler. Cœur : bradycardie manifeste, permanente à 36 pulsations à la minute. Tension artérielle : 17/8 au Pachon.

OBS. 67. — D..., Germaine, âgée de 16 ans, entre en juillet 1931.

ANTÉCÉDENTS : la malade ne se rappelle pas d'avoir eu d'encéphalite : jamais de somnolence, ni diplopie, ni myoclonies.

DIAGNOSTIC CLINIQUE : syndrome parkinsonien post-encéphalitique typique.

MODE DE DÉBUT : il y a deux ans, par apparition lente et progressive d'un *tremblement au membre supérieur gauche* dont la main fait le geste classique d'émiettement. Ce tremblement s'est accompagné simultanément de l'apparition d'une rigidité aux membres inférieurs qui, bientôt, gêna la marche. Grosse hypersécrétion sudorale, des membres supérieurs et inférieurs gauches, ainsi qu'une sensation permanente de chaleur au même niveau.

OBS. 68. — M..., Théodore, âgé de 52 ans, consulte à la Salpêtrière en mars 1932.

ANTÉCÉDENTS : aucun antécédent encéphalitique. Pas de spécificité.

DIAGNOSTIC CLINIQUE : Maladie de Parkinson pré-sénile à prédominance de tremblement.

MODE DE DÉBUT : insidieusement *un tremblement léger est apparu à la main gauche*, qui est allé en augmentant. A l'heure actuelle, héli-parkinson gauche typique.

OBS. 69. — F..., Salomon, âgé de 20 ans, maroquinier, entre en juin 1930.

ANTÉCÉDENTS : en 1927, épisode encéphalitique : fièvre, céphalée et somnolence pendant quatre mois.

DIAGNOSTIC CLINIQUE : syndrome parkinsonien vraisemblablement post-encéphalitique.

MODE DE DÉBUT : en 1929, *par un tremblement* au niveau de la main droite, reproduisant le geste classique d'émiettement ; progressivement ce tremblement a gagné tout le bras droit et dernièrement un léger tremblement commence à sa jambe droite. Des crises oculogyres ont apparu dès le début.

OBS. 70. — Mme H..., âgée de 32 ans, ménagère, entre en mars 1932.

ANTÉCÉDENTS : en 1920, à l'âge de 20 ans : encéphalite léthargique.

DIAGNOSTIC CLINIQUE : syndrome parkinsonien post-encéphalitique avec crises oculogyres.

MODE DE DÉBUT : en 1928, *apparition d'un tremblement* au niveau du membre supérieur droit qui a gagné en peu de temps son membre inférieur droit et récemment est apparu au membre supérieur gauche. Depuis six mois : apparition de crises oculogyres.

OBS. 71. — H..., Marie, âgée de 30 ans, entre en octobre 1933.

ANTÉCÉDENTS : en 1920, encéphalite léthargique.

DIAGNOSTIC CLINIQUE : hémisyndrome parkinsonien gauche post-encéphalitique.

MODE DE DÉBUT : en 1925, apparition d'une *sialorrhée très intense*, ainsi qu'un léger *tremblement au niveau du membre supérieur gauche* : peu à peu son membre supérieur gauche est devenu raide mais aux dires de la malade le symptôme dominant *dès le début a été le tremblement*. Malade beaucoup plus tremblante que raide.

OBS. 72. — H..., Gustave, âgé de 31 ans, cultivateur, entre en janvier 1930.

ANTÉCÉDENTS : en 1920, encéphalite : fièvre, céphalée, somnolence, diplopie.

DIAGNOSTIC CLINIQUE : syndrome parkinsonien post-encéphalitique.

MODE DE DÉBUT : un an après son encéphalite, *par tremblement* de la jambe gauche, suivi de l'apparition d'une raideur à la même jambe. Tremblement et raideur ont gagné progressivement le membre supérieur et in-

férier droits. A l'heure actuelle : tremblement parkinsonien bilatéral.

OBS. 73. — S..., Gaston, âgé de 44 ans, entre dans le Service en mai 1933. Profession : ajusteur.

ANTÉCÉDENTS : pas d'encéphalite à l'interrogatoire. Spécificité contractée à l'âge de 22 ans, régulièrement traitée.

DIAGNOSTIC CLINIQUE : héli-syndrome parkinsonien droit.

MODE DE DÉBUT : *par un tremblement au niveau du membre supérieur droit*, qui progressivement a envahi le membre inférieur du même côté. Peu à peu, s'est constituée une légère raideur au bras droit, mais très peu marquée; à l'heure actuelle: tableau classique de parkinsonien.

OBS. 74. — Th..., Emile, âgé de 19 ans, entre dans le Service en octobre 1935.

ANTÉCÉDENTS : encéphalite en 1919.

DIAGNOSTIC CLINIQUE : héli-syndrome parkinsonien post-encéphalitique droit.

MODE DE DÉBUT : en 1931, *apparition d'un tremblement* non intentionnel, au niveau des doigts de la main droite qui, progressivement, a gagné tout le bras. Aucune raideur n'est constatée à l'examen clinique.

Début par des douleurs : 10 cas

OBS. 75. — B. G..., Marie, âgée de 29 ans. Consulte le 16 mars 1925.

ANTÉCÉDENTS : pas d'antécédents encéphalitiques à l'interrogatoire.

DIAGNOSTIC CLINIQUE : syndrome parkinsonien post-encéphalitique bilatéral, avec grosse hypertonie. *Pas de tremblement.*

MODE DE DÉBUT : en 1924, *par des douleurs à type de crampes* au niveau des membres supérieurs des deux côtés, accompagnées de raideur et lenteur des mouvements.

OBS. 76. — B..., Marcel, âgé de 38 ans, entre le 2 février 1929.

ANTÉCÉDENTS : en 1920, encéphalite : fièvre, somnolence, diplopie, hoquet.

DIAGNOSTIC CLINIQUE : syndrome parkinsonien post-encéphalitique.

MODE DE DÉBUT : en 1928, *apparition de douleurs à type rhumatismal aux lombes*, en permanence, avec exacerbation à la marche ; en 1929, douleurs du même type au membre inférieur droit avec des secousses musculaires brusques du même côté, puis apparition progressive d'un tremblement du type parkinsonien au membre inférieur droit.

OBS. 77. — C..., Lucienne, âgée de 45 ans, entre dans le Service en juillet 1927.

ANTÉCÉDENTS : épisode encéphalitique en 1924 : fièvre, somnolence et diplopie.

DIAGNOSTIC CLINIQUE : syndrome parkinsonien post-encéphalitique.

MODE DE DÉBUT : peu de temps après l'encéphalite, *apparition de vives douleurs au niveau des articulations du membre supérieur et inférieur gauches*, puis un léger tremblement est apparu progressivement au membre supérieur gauche, qui s'est généralisé depuis.

OBS. 78. — L..., Lazare, âgé de 47 ans, bijoutier, entre en avril 1933.

ANTÉCÉDENTS : en 1929, épisode encéphalitique.

DIAGNOSTIC CLINIQUE : syndrome parkinsonien post-encéphalitique.

MODE DE DÉBUT : en 1931, deux ans après l'encéphalite, *par de vives douleurs à type de crampes* avec paroxysme au niveau de la nuque donnant une sensation de « battement ». Puis, apparition d'un léger tremblement au membre supérieur droit, qui a gagné progressivement le membre inférieur du même côté.

OBS. 79. — A..., âgé de 62 ans, photographe, consulte en mai 1932.

ANTÉCÉDENTS : aucun antécédent encéphalitique dans son passé. Spécificité contractée en 1917 et traitée à l'Hôpital Broca.

DIAGNOSTIC CLINIQUE : syndrome parkinsonien d'origine syphilitique probable.

MODE DE DÉBUT : en 1919, *par des crampes douloureuses* survenant lors de la fatigue au niveau des muscles abducteurs et adducteurs de la cuisse, ainsi qu'aux muscles du mollet, bientôt suivies de l'apparition d'un tremblement de la main gauche.

OBS. 80. — B..., Adrien, âgé de 45 ans, cultivateur, consulte à la Salpêtrière en octobre 1934.

ANTÉCÉDENTS : pas d'épisode encéphalitique décelable à l'interrogatoire ; ancien trépané de guerre avec crises d'épilepsie après l'opération.

DIAGNOSTIC CLINIQUE : maladie de Parkinson, d'apparition récente, avec crises d'épilepsie après trépanation.

MODE DE DÉBUT : depuis 6 mois, le malade a commencé à sentir de *vives douleurs articulaires* et des *fourmillements* au niveau du membre supérieur et inférieur droits. Simultanément, le malade remarqua une lenteur dans ses mouvements avec le bras droit ainsi qu'un changement d'expression de son visage. Pas de tremblement. Légère hypertonie du membre supérieur droit.

OBS. 81. — D..., Eugénie, âgée de 72 ans, entre en avril 1929.

ANTÉCÉDENTS : l'interrogatoire de la malade ne décèle aucun antécédent encéphalitique, aucun épisode infectieux fébrile.

DIAGNOSTIC CLINIQUE : syndrome parkinsonien vraisemblablement post-encéphalitique.

MODE DE DÉBUT : en 1922, *par une sensation de constriction douloureuse de la mâchoire inférieure*, dans la parole articulée. Lentement : apparition d'une *raideur* de tout son côté gauche, mais beaucoup plus accentuée au membre supérieur qu'à l'inférieur. Aujourd'hui : syndrome parkinsonien typique, avec absence de balancement automatique des bras, démarche de parkinsonien, aspect figé, etc.

OBS. 82. — H..., Geneviève, âgée de 48 ans, entre en juin 1933.

ANTÉCÉDENTS : aucun antécédent encéphalitique.

DIAGNOSTIC CLINIQUE : syndrome parkinsonien vraisemblablement post-encéphalitique.

MODE DE DÉBUT : il y a deux ans, la malade a commencé à sentir de *vives douleurs, derrière la nuque et entre les épaules*, avec sensation de *constriction*. Puis, elle remarque que sa tête tourne du côté droit. Quelque temps après, brusquement, semble-t-il, un tremblement est apparu à la tête.

OBS. 83. — F..., André, âgé de 27 ans, entre en août 1931.

ANTÉCÉDENTS : en 1920, encéphalite léthargique.

DIAGNOSTIC CLINIQUE : syndrome parkinsonien post-encéphalitique.

MODE DE DÉBUT : *par des crampes très douloureuses* au niveau de sa jambe gauche survenant surtout après la marche ; elles ont comme siège, parfois le pied, et en

particulier les orteils, parfois le mollet, d'autres fois enfin, c'est une crampe du quadriceps gauche. Progressivement, une raideur de tout son membre inférieur gauche est apparue.

OBS. 84. — M..., Louise-Eugénie, âgée de 26 ans, entre en août 1933.

ANTÉCÉDENTS : pas d'antécédents encéphalitiques. En 1918, la malade semble avoir fait une forte grippe (?), mais sans somnolence, ni diplopie, semble-t-il.

DIAGNOSTIC CLINIQUE : syndrome parkinsonien vraisemblablement post-encéphalitique, à son début.

MODE DE DÉBUT : par une *sensation de fatigue* de son membre inférieur droit ; peu à peu ont apparu *des douleurs* à ce niveau, que la malade compare à des « grignotements ». Un an après, ces mêmes douleurs ont apparu au membre supérieur droit, en particulier au niveau du poignet. Ces douleurs des membres supérieur et inférieur du côté droit sont allées en augmentant. A signaler : qu'elles sont influencées par les changements de temps et de la température. Depuis une année environ, apparition d'un tremblement spontané existant au repos au niveau du membre supérieur droit.

Début par des paresthésies des membres : 9 cas

OBS. 85. — L..., Paul, âgé de 55 ans, entre en septembre 1929.

ANTÉCÉDENTS : en 1923, épisode infectieux fébrile avec somnolence (?).

DIAGNOSTIC CLINIQUE : syndrome parkinsonien avec grosse hypertonie.

MODE DE DÉBUT : par une *grande faiblesse* des jambes suivie quelque temps après de l'apparition d'une *raideur et gêne des mouvements*.

OBS. 86. — M..., Louis, âgé de 21 ans, consulte à la Salpêtrière en novembre 1925.

ANTÉCÉDENTS : en 1919, encéphalite léthargique diagnostiquée à l'Hôpital Tenon.

DIAGNOSTIC CLINIQUE : syndrome parkinsonien post-encéphalitique.

MODE DE DÉBUT : en 1925, *difficulté pour la marche. Lourdeur et faiblesse* des jambes.

OBS. 87. — N..., Gaston, âgé de 35 ans, consulte à la Salpêtrière en juin 1931.

ANTÉCÉDENTS : aucun antécédent encéphalitique à l'interrogatoire.

DIAGNOSTIC CLINIQUE : héli-syndrome parkinsonien gauche.

MODE DE DÉBUT : dix mois auparavant, par une *lourdeur de la jambe gauche avec sensation constante de chaleur* ainsi qu'une transpiration abondante qui gênait beaucoup le malade.

OBS. 88. — H..., Aaron, âgé de 62 ans, tailleur, consulte en mars 1934.

ANTÉCÉDENTS : pas d'encéphalite dans ses antécédents. Spécificité contractée à l'âge de 32 ans.

DIAGNOSTIC CLINIQUE : syndrome parkinsonien.

MODE DE DÉBUT : progressif, quatre mois auparavant par une *diminution de la force musculaire : ses jambes étaient faibles*, en même temps qu'il ne pouvait plus se servir de ses mains avec la même facilité qu'autrefois. Lenteur des mouvements.

OBS. 89. — R..., Albert, âgé de 30 ans, entre dans le Service en décembre 1928.

ANTÉCÉDENTS : en 1919, encéphalite épidémique.

DIAGNOSTIC CLINIQUE : syndrome parkinsonien post-encéphalitique.

MODE DE DÉBUT : très progressif, remonte à 1925 et dont le premier symptôme remarqué par le malade semble être un état de *faiblesse de sa jambe droite* ainsi que de son bras droit. Puis apparition, d'une façon progressive, d'une raideur et d'un tremblement du même côté.

OBS. 90. — V..., Henry, âgé de 22 ans, entre en novembre 1934.

ANTÉCÉDENTS : en 1926, encéphalite léthargique : fièvre, somnolence, etc.

DIAGNOSTIC CLINIQUE : syndrome parkinsonien post-encéphalitique.

MODE DE DÉBUT : en 1930, *par une grande fatigue*, surtout au niveau des jambes, et une *salivation très abondante*. Depuis, lentement, apparition d'une *raideur des membres inférieurs* avec ébauche de tremblement.

OBS. 91. — G..., Charles, âgé de 36 ans, entre dans le Service en mai 1926.

ANTÉCÉDENTS : en 1919, hospitalisé pour encéphalite épidémique dans le Service de M. le Docteur Pagniez.

DIAGNOSTIC CLINIQUE : syndrome parkinsonien post-encéphalitique.

MODE DE DÉBUT : en 1923, *par une grande fatigue et faiblesse* de sa jambe droite avec apparition rapide d'une raideur et d'un tremblement à la même jambe.

OBS. 92. — B..., Roger, âgé de 22 ans, entre en août 1933.

ANTÉCÉDENTS : aucun antécédent encéphalitique. Pas d'autres maladies antérieures.

DIAGNOSTIC CLINIQUE : syndrome parkinsonien, vraisemblablement post-encéphalitique, à son début.

MODE DE DÉBUT : depuis le mois de juillet dernier, *sensation de fléchissement des jambes*, grande *faiblesse*

pour la marche, *fourmillements* dans les deux jambes. Parole lente et monotone. Facies légèrement figé. Pas de tremblement.

OBS. 93. — F..., Marguerite, âgée de 27 ans, entre en décembre 1931.

ANTÉCÉDENTS : en 1921, phénomène infectieux fébrile, avec céphalée, somnolence, pendant un mois, mais sans troubles oculaires ni myoclonies.

DIAGNOSTIC CLINIQUE : syndrome parkinsonien post-encéphalitique.

MODE DE DÉBUT : *par une grande faiblesse* de la jambe gauche avec apparition progressive, lente, d'un tremblement au niveau de la même jambe.

Début par de l'insomnie : 3 cas

OBS. 94. — L..., Geneviève, âgée de 27 ans. Consulte le 10 octobre 1928.

ANTÉCÉDENTS : en 1919, épisode encéphalitique net : fièvre, somnolence, diplopie, myoclonies.

DIAGNOSTIC CLINIQUE : héli-syndrome post-encéphalitique droit.

MODE DE DÉBUT : en 1921, par *insomnie nocturne*, rebelle et apparition quelque temps après d'un léger tremblement de la jambe droite.

OBS. 95. — A..., Marie, âgée de 22 ans, ouvrière d'usine, entre à la Salpêtrière en novembre 1928.

ANTÉCÉDENTS : encéphalite épidémique en 1920 avec diplopie, fièvre, somnolence.

DIAGNOSTIC CLINIQUE : syndrome parkinsonien post-encéphalitique.

MODE DE DÉBUT : en 1924, par des *crises d'insomnie* rebelles suivies peu de temps après de l'apparition d'un *tremblement* de la jambe gauche.

OBS. 96. — L..., Jeanne, âgée de 33 ans, entre en octobre 1934.

ANTÉCÉDENTS : en 1922, épisode encéphalitique.

DIAGNOSTIC CLINIQUE : syndrome parkinsonien post-encéphalitique, avec crises oculogyres et torticolis gauche.

MODE DE DÉBUT : *par des crises d'insomnies nocturnes rebelles, suivies de l'apparition d'une raideur du bras droit* qui, en peu de temps, resta contracturé en flexion et difficilement mobilisable ; simultanément avec ces troubles, la malade constata une *hypersalivation* ainsi qu'un *changement du caractère* ; elle est devenue *triste, abattue, avec envies fréquentes de pleurer*. En 1927, apparition de crises oculogyres. En 1932, apparition d'un torticolis spasmodique gauche en même temps que des mouvements spontanés de la tête.

OBSERVATIONS PERSONNELLES

recueillies dans le service

de M. le Professeur Georges Guillaïn
à la Clinique neurologique de la Salpêtrière

Obs. I. — Mlle P... Aimée, âgée de 33 ans, entre dans le Service de M. le Professeur Guillaïn en novembre 1929.

ANTÉCÉDENTS. — En 1918, la malade a été prise d'un épisode infectieux fébrile. Pas de diplopie ni de somnolence.

DÉBUT. — En 1925, apparition lente et progressive *d'une raideur* au niveau des doigts de la main gauche, difficultant les mouvements ordinaires des doigts. En 1926, un tremblement léger est apparu au membre supérieur gauche ; un certain temps après, apparition progressive d'un tremblement à la jambe gauche, également peu marqué. Depuis 1933, apparition de crises oculogyres qui durent une demi-journée environ et surviennent tous les 3 ou 4 jours, accompagnées de céphalée. Pendant la crise, la malade porte son regard latéralement du côté gauche.

ÉTAT ACTUEL. — L'examen clinique actuel (mai 1936) montre une malade avec facies peu figé et parole lente et monotone ; léger tremblement du membre inférieur et supérieur gauches ; attitude de la

main gauche parkinsonienne ; grosse hypertonie plastique de tout son côté gauche, avec absence de balancement automatique du bras gauche pendant la marche. Réflexes de posture manifestement exagérés pour le jambier antérieur gauche ; marche difficile, la malade traîne sa jambe gauche. Par ailleurs, réflexes tendineux et cutanés normaux. Force musculaire diminuée. Sensibilité superficielle et profonde normale à tous les modes. Pupilles absolument normales. Réaction de Bordet-Wassermann dans le sang : négative.

En résumé. — Hémiparkinson gauche typique avec tremblement, hypertonie et perte du balancement automatique du bras gauche. Facies presque intact ; pas de signes associés ni des troubles mentaux. Sudation exagérée et sensation de chaleur du côté gauche.

Obs. II. — Mme B... Joséphine, âgée de 70 ans, blanchisseuse, entre dans le Service de M. le Professeur Guillaïn en avril 1933.

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS. — Rien d'important. Malade toujours bien portante.

DÉBUT. — En novembre 1932, la malade s'est aperçue pour la première fois, que tout son bras droit était animé *d'un léger tremblement* qui commençait à la gêner pour son travail. Ce tremblement s'est accentué progressivement et a gagné par la suite le membre supérieur gauche. La malade ne se rappelle avoir remarqué aucun autre symptôme avant l'apparition de ce tremblement.

ETAT ACTUEL. — L'examen clinique actuel (avril 1936) nous montre une malade avec un aspect parkinsonien typique : la malade marche avec le tronc incliné en avant, les bras en flexion accolés au corps, ne se balançant pas ; parole lente et monotone ; aspect peu figé de la face ; contracture extra-pyramidale peu marquée ; exagération des réflexes de posture au niveau du membre supérieur gauche ; réflexe naso-palpébral vif. Ce qui domine le tableau clinique c'est le tremblement qui est généralisé, siégeant aux quatre membres ainsi qu'à la lèvre inférieure, déterminant des mouvements alternatifs d'ouverture et fermeture de la bouche.

Par ailleurs, réflexes tendineux et cutanés : normaux ainsi que la sensibilité superficielle et profonde. Pas de paralysies oculaires ; pupilles égales, réagissant à la lumière et à la distance. Réaction de Bordet-Wassermann dans le sang et le liquide céphalo-rachidien : négative.

Obs. III. — Mlle M... Marguerite, âgée de 30 ans, bibliothécaire, entre dans le Service de M. le Professeur Guillaïn en 1929, pour un tremblement et une raideur frappant tout son côté gauche.

ANTÉCÉDENTS. — En 1920, épisode infectieux fébrile sans somnolence marquée, mais avec diplopie et secousses musculaires.

DÉBUT. — Très insidieusement, en 1923, quand la malade avait 18 ans. Le premier symptôme constaté par la malade semble être une *sensation d'engour-*

dissement ainsi qu'une certaine *raideur* au niveau des doigts de la main gauche, gênant l'exercice de sa profession de *paqueteuse*. D'une façon progressive, tout son membre supérieur gauche a été envahi par la raideur jusqu'au point de ne plus lui permettre aucun mouvement. Bientôt, après un laps de temps dont la malade n'arrive pas à préciser la durée, son membre inférieur gauche a commencé à la gêner ; une raideur commence au niveau des orteils qui, progressivement, a gagné, en peu de temps, tout le membre inférieur gauche, qu'à l'heure actuelle, forme comme une attelle rigide ; son pied gauche étant comme soudé à angle droit à la jambe et dont aucun mouvement n'est possible. Dans les années qui suivirent, la malade a fait des crises d'hypersomnie d'une durée de 2 à 3 heures. La malade n'a jamais présenté de tremblement dans ses membres du côté gauche.

ETAT ACTUEL. — L'examen clinique (juin 1936) montre un héli-syndrome parkinsonien gauche typique avec prédominance de l'hypertonie sans signes associés et sans troubles mentaux, caractérisé par un aspect peu figé de la face, une parole lente et monotone, une démarche typique de parkinsonienne avec absence de balancement du bras gauche ; grosse hypertonie plastique du membre supérieur gauche avec exagération des réflexes de posture et un léger tremblement non intentionnel du même côté. Phénomène de la « roue dentée » net, au membre supérieur gauche.

Par ailleurs, la force musculaire est normale ; les réflexes tendineux et cutanés, normaux. Pas de signes cérébelleux. Pupilles normales. Pas de signe d'Argyll-Robertson. Ponction lombaire : liquide céphalo-rachidien absolument normal.

Obs. IV. — Mme M... Renée, âgée de 43 ans, monteuse d'abat-jour, entre à la Salpêtrière en janvier 1933.

ANTÉCÉDENTS. — Aucun antécédent encéphalitique n'est décelé par l'interrogatoire.

DÉBUT. — La maladie a débuté il y a douze ans, en 1924. A cette époque, la malade a été prise, étant en bonne santé, dit-elle, de *douleurs à type de crampe* dans la région de la nuque en même temps qu'elle remarquait que son cou et sa tête devenaient raides, mais permettant encore d'effectuer des mouvements de rotation, de flexion et d'extension, sans trop de difficultés. Au bout d'un certain temps, elle remarqua également que son bras gauche devenait également raide ; après, la raideur a gagné aussi le bras droit. Aucun tremblement ne semble avoir été remarqué jusqu'à ce moment.

En 1929, des crises oculogyres apparaissent survenant en général le matin, d'une durée de 12 heures et avec une fréquence de 2 à 3 crises par mois. Un an après le début de ces crises oculogyres, une raideur et un tremblement du type parkinsonien apparurent simultanément au pied et à la jambe gauche et ont progressivement augmenté. Depuis 1933, la

malade ne peut marcher normalement, dit-elle, en ce sens qu'elle est « obligée de courir » et parfois même elle ne peut s'arrêter qu'au risque de tomber. Le membre inférieur droit commençait à devenir raide, mais ne tremblait pas.

ETAT ACTUEL. — L'examen clinique pratiqué en avril 1936 montre une malade avec un aspect parkinsonien des plus typiques : station debout et marche classique de parkinsonien ; contracture extrapyramidale avec facies nettement figé ; phénomène de la « roue dentée » aux deux membres supérieurs ; absence de balancement automatique des bras. Exagération des réflexes de posture. Tremblement parkinsonien prédominant au membre inférieur gauche. Réflexe naso-palpébral exagéré. Réflexes tendineux et cutanés, normaux. Sensibilité superficielle et profonde : intactes. Pas de troubles sphinctériens. Par ailleurs, pupilles normales, réagissant bien à la lumière et à la distance. Examen somatique général : rien d'anormal. La ponction lombaire montre un liquide céphalo-rachidien absolument normal. La réaction de Bordet-Wassermann dans le sang est négative.

Obs. V. — Mme H... Marguerite, âgée de 59 ans, femme de chambre, entre à la Salpêtrière en mars 1929.

ANTÉCÉDENTS. — L'interrogatoire ne révèle aucun antécédent encéphalitique : ni somnolence, ni diplopie, ni état fébrile antérieur.

DÉBUT. — Le début de son état actuel remonte à 6 ans, en 1930, par une *sensation d'engourdissement et faiblesse de son bras droit*. Insidieusement, un léger tremblement est apparu à sa main droite.

ETAT ACTUEL. — L'examen clinique de la malade montre un syndrome parkinsonien typique, avec aspect figé de la face ; parole lente ; tronc légèrement incliné en avant ; démarche typique. Absence des mouvements automatiques des bras. Léger tremblement aux membres supérieurs, plus accentué du côté droit ; rigidité plastique très accentuée aux membres inférieurs, qui sont en extension avec pied équin du côté gauche.

Aux membres supérieurs : légère rigidité, avec exagération nette des réflexes de posture. Aucun trouble oculaire. Pupilles réagissant bien à la lumière et à la distance. L'examen du liquide céphalo-rachidien est normal.

Obs. VI. Mme L..., âgée de 71 ans, entre dans le Service de M. le Professeur Guillaïn en août 1933.

ANTÉCÉDENTS. — La malade dit n'avoir jamais présenté de maladie antérieure, jamais de diplopie, ni somnolence.

DÉBUT. — Remonte à 1930, et il semble qu'il s'est fait par l'atteinte des yeux, qui, aux dires de la malade, se fermaient par moments, avec impossibilité de les ouvrir. Ce phénomène spasmodique des paupières durait quelques minutes et puis tout rentrait dans l'ordre. Donc, un spasme transitoire des pau-

pières. Un an après le début de ces crises spasmodiques des paupières, seraient survenus une certaine raideur au niveau de son membre supérieur gauche, ainsi qu'un petit tremblement de la main gauche, qui, progressivement, a gagné tout le bras.

ÉTAT ACTUEL. — L'examen clinique actuel (mai 1936) montre un syndrome parkinsonien avec : un spasme tonique permanent des paupières : la malade n'arrive à le vaincre que très difficilement, parfois il s'y surajoute des secousses cloniques des paupières de petite amplitude. On constate, également, une grosse hypertonie généralisée aux quatre membres ainsi qu'aux muscles de la nuque. Tremblement parkinsonien des deux membres supérieurs. Aspect nettement figé de la face ; parole lente et difficile ; salivation abondante. Phénomène de la « roue dentée » aux deux membres supérieurs. Réflexes de posture exagérés. Par ailleurs, les pupilles sont normales, et réagissent bien à la lumière et à la distance. La réaction de Bordet-Wassermann dans le sang est négative. L'examen du liquide céphalo-rachidien est absolument normal.

Obs. VII. — Mme G..., âgée de 48 ans, entre à la Salpêtrière en mars 1936.

ANTÉCÉDENTS. — En janvier 1926 : épisode infectieux fébrile, avec somnolence marquée, pour lequel le médecin appelé aurait diagnostiqué une encéphalite.

DÉBUT. — Peu de temps après cet épisode encépha-

litique, la malade a commencé à sentir des fourmillements mais surtout une faiblesse et une douleur à type rhumatoïde au niveau de son bras droit. C'est un certain temps après ces phénomènes, vagues d'ailleurs, que la malade s'est aperçue que son bras droit commençait à trembler très légèrement. Son bras gauche a tremblé après, mais beaucoup moins. Dès le début, une salivation abondante a été remarquée. Par ailleurs, la malade remarqua qu'elle devenait moins agile qu'elle ne l'était auparavant, et que son regard devenait inexpressif.

ETAT ACTUEL. — A l'examen clinique, nous constatons une grosse hypertonie plastique du membre supérieur droit, avec phénomène de la « roue dentée » ; une exagération nette des réflexes de posture ; une démarche typique avec absence des mouvements automatiques des bras. Réflexes tendineux vifs. Inégalité pupillaire. Réflexes lumineux faibles.

Obs. VIII. — Mme M... Mathilde, employée de bureau, âgée de 40 ans, entre dans le Service de M. le Professeur Guillaïn le 14 mars 1936.

ANTÉCÉDENTS. — La malade ne se souvient pas avoir été malade auparavant. Aucun épisode encéphalitique.

DÉBUT. — Le début de sa maladie remonte à 1924, après un accouchement. A ce moment, la malade a commencé à se sentir très fatiguée et a été prise *d'une grande faiblesse aux bras et aux jambes*, mais beaucoup plus accentuée aux bras. Peu à peu, la

malade se rendait compte que ses mouvements devenaient lents et maladroits, en particulier ceux qui étaient exécutés avec les membres supérieurs. Sans qu'elle se rende compte, car c'est son entourage qui l'a remarqué, son regard devint fixe et immobile. Après un certain temps, sans qu'elle puisse préciser, son bras droit s'est mis à trembler, puis sa jambe droite, puis son bras gauche, et à l'heure actuelle elle tremble des quatre membres mais beaucoup moins du côté gauche.

ETAT ACTUEL. — L'examen clinique pratiqué en juin 1936 montre une malade avec un facies figé, une parole lente ; démarche de parkinsonienne : avec tronc incliné en avant, bras droit en flexion sans balancement automatique ; bras gauche, en position normale mais également sans balancement pendant la marche. On constate également une hypertonie plastique marquée, du côté droit, avec phénomène de la « roue dentée » au membre supérieur du même côté. Réflexes de posture exagérés ; réflexe naso-palpébral : vif. Crises oculogyres survenant vers la fin de l'après-midi, quand elle est fatiguée ou contrariée. Pas de sialorrhée en ce moment (malade en traitement par la belladone). Réflexes tendineux et cutanés normaux. Sensibilité superficielle et profonde, normales à tous les modes. Pas de troubles cérébelleux. Paralyse oculaire à la convergence. Examen du liquide céphalo-rachidien : normal.

Obs. IX. — M. R... L..., âgé de 26 ans, est amené par ses parents à la Salpêtrière le 28 mai 1935.

ANTÉCÉDENTS. — Le père du malade ne se souvient pas que son fils ait présenté aucun épisode infectieux fébrile dans les mois ou les années qui ont précédé le début de son état actuel ; jamais de somnolence, ni diplopie, ni phénomène fébrile ; né à terme, a été toujours très bien portant jusqu'à l'âge de 13 ans (1922), époque à laquelle a débuté sa maladie actuelle.

DÉBUT. — D'après son père, il semble que le premier symptôme constaté a été un changement du caractère dans le sens de l'irascibilité, présentant des crises de colère qui sont devenues de plus en plus fréquentes et de plus en plus violentes. On avait remarqué en même temps qu'il était toujours agité et dormait très mal, en ce sens qu'il restait éveillé une grande partie de la nuit. Simultanément avec ces troubles du caractère, on constata que le regard de l'enfant devenait fixe et son facies inexpressif, qu'il gardait sa bouche entr'ouverte et se mettait à trembler des lèvres, tremblement qui fut vite généralisé. D'une façon progressive, il est arrivé à l'état où nous le voyons aujourd'hui.

ÉTAT ACTUEL. — L'examen clinique (20 mai 1936) nous permet de constater un syndrome parkinsonien typique caractérisé par un facies et une attitude caractéristiques ; un tremblement généralisé aux quatre membres, à la lèvre inférieure et à la langue ; une démarche de parkinsonien : courbé en avant sans balancement automatique des bras ; hypertonie plastique généralisée avec phénomène de la « roue

dentée » net aux deux membres supérieurs. Exagération des réflexes de posture. Hypersalivation. Parole lente et difficile. Récemment, apparition de crises oculogyres.

Obs. X. — M. G... Georges, âgé de 55 ans, cultivateur, entre dans le Service de M. le Professeur Guillaïn le 28 avril 1936.

ANTÉCÉDENTS. — En 1932, le malade a été pris d'un état fébrile avec somnolence pendant 42 jours. Pas de diplopie.

DÉBUT. — Le début de l'affection actuelle remonte à 16 mois et le premier symptôme remarqué par le malade a été *une raideur* au niveau de ses membres supérieur et inférieur gauches. Peu de temps après, un tremblement du type parkinsonien est apparu au bras gauche.

ÉTAT ACTUEL. — L'examen clinique révèle une rigidité généralisée aux quatre membres. Un tremblement au niveau du bras et de la jambe du côté gauche, peu accentué du côté droit. Facies figé. Absence de balancement des bras pendant la marche. Réflexe naso-palpébral : exagéré. Réflexes tendineux et cutanés : normaux. Pupilles normales. Pas de signes cérébelleux. Sensibilité superficielle et profonde : normale. L'examen du liquide céphalo-rachidien est absolument normal.

Obs. XI. — Mlle C... Louise, âgée de 55 ans, entre dans le Service de M. le Professeur Guillaïn en janvier 1934.

ANTÉCÉDENTS. — Aucun antécédent encéphalitique n'est décelé par l'interrogatoire. La malade raconte avoir eu une grippe (?) en 1920, mais sans beaucoup de souvenirs. Elle n'aurait jamais été malade avant sa maladie actuelle.

DÉBUT. — Sans que la malade puisse préciser la date, il semble que le début de sa maladie actuelle remonte à 5 ou 6 ans environ. Le premier symptôme remarqué par la malade a été *une sensation d'engourdissement et de faiblesse* au niveau de sa main gauche, où est apparu, peu de temps après, un léger tremblement qui, progressivement, a gagné le bras gauche, et puis, au bout d'un certain temps est apparu également à la jambe du même côté. Depuis 1934, ce tremblement existe au niveau des quatre membres, mais beaucoup plus accentué du côté gauche. Une gêne des mouvements a été remarquée par la malade depuis le début de sa maladie et ses membres ont perdu lentement leur souplesse habituelle.

ETAT ACTUEL. — L'examen clinique actuel (juin 1936) nous montre une malade avec un aspect typique de parkinsonienne : aspect figé de la face ; démarche typique, à petits pas, les bras accolés au corps et ne se balançant pas pendant la marche. Un léger tremblement parkinsonien des quatre membres plus marqué du côté gauche ; à la face, tremblement des lèvres et de la langue. Grosse sialorrhée dès le début, actuellement diminuée par le traitement à la belladone. Hypertonie plastique peu accentuée aux membres ; plus marquée à la région de

la nuque. Phénomène de la « roue dentée » au niveau des deux membres supérieurs. Réflexes de posture exagérés pour le jambier antérieur des deux côtés. Réflexe naso-palpébral nettement exagéré. Réflexes tendineux et cutanés : normaux. La force musculaire est légèrement diminuée. La sensibilité superficielle et profonde est intacte. On ne constate aucun trouble cérébelleux. Pas de troubles sphinctériens. Pupilles normales : réagissant bien à la lumière et à la distance. La réaction de Bordet-Wassermann dans le sang et dans le liquide céphalo-rachidien est négative. La ponction lombaire donne un liquide absolument normal.

Obs. XII. — Mme T... Jeanne, âgée de 53 ans, entre dans le Service de M. le Professeur Guillain en avril 1934, pour un syndrome parkinsonien droit.

ANTÉCÉDENTS. — On trouve par l'interrogatoire des antécédents d'encéphalite à deux moments : une première poussée de somnolence, avec céphalée au début du tremblement ; une seconde poussée d'encéphalite avec somnolence, au moment de l'apparition d'une diplégie faciale.

DÉBUT. — L'affection actuelle a débuté il y a huit ans environ ; insidieusement, *la main droite a commencé à trembler*, en même temps que la malade présentait des difficultés pour s'en servir. Lentement, ce tremblement a gagné tout le bras droit, puis la jambe droite. Peu à peu est apparue la **contracture**, qui a débuté également par le bras droit et en peu

de temps a gagné le membre inférieur du même côté. Trois ans après le début de sa maladie, la malade a fait une double paralysie faciale : d'abord droite, puis gauche, qui s'est accompagnée de somnolence et de céphalée.

ETAT ACTUEL. — L'examen clinique pratiqué en juillet 1936 nous permet de constater un hémisyn-drome parkinsonien droit, caractérisé par un tremblement du type parkinsonien siégeant au niveau des membres supérieurs et inférieurs droits ; une contracture plastique de tout son côté droit avec exagération des réflexes de posture et phénomène de la « roue dentée » au niveau du membre inférieur et supérieur droit ; une démarche typique de parkinsonienne ; tronc penché en avant, avec absence de balancement automatique des bras pendant la marche. Aspect figé de la face, frappant surtout par son asymétrie à cause de sa paralysie faciale. Les réflexes tendineux et cutanés sont vifs ; le réflexe naso-palpébral exagéré. Par ailleurs, on ne constate aucun signe cérébelleux ; la force musculaire est conservée ; la sensibilité superficielle et profonde est normale à tous les modes. Les pupilles sont normales, et réagissent bien à la lumière et à la distance. La réaction de Bordet-Wassermann dans le sang est négative. L'examen du liquide céphalo-rachidien est absolument normal.

Obs. XIII. — Mme Ch... Emilienne, âgée de 55 ans, entre dans le Service de M. le Professeur Guillaïn en janvier 1924.

ANTÉCÉDENTS. — En 1922, la malade aurait eu des périodes de somnolence avec diplopie et céphalée ; pas de spécificité.

DÉBUT. — Par une *grande fatigue et faiblesse des jambes* qui l'obligent à arrêter son métier. Peu à peu, apparition *d'une raideur* au niveau de sa jambe gauche, qui est allée en augmentant et a gagné progressivement son bras gauche ; actuellement, la raideur est généralisée aux quatre membres. Depuis trois ans, apparition d'un léger tremblement du type parkinsonien au niveau du membre supérieur droit, qui a gagné progressivement le membre inférieur du même côté. Actuellement, le tremblement a diminué beaucoup car la malade est en traitement par le vin de belladone.

ÉTAT ACTUEL. — L'examen clinique actuel (mai 1936) permet de constater un syndrome parkinsonien bilatéral avec prédominance de l'hypertonie, caractérisé par : une grosse hypertonie plastique généralisée aux quatre membres, avec exagération des réflexes de posture aux membres supérieurs et inférieurs ; phénomène de la « roue dentée ». Un facies figé ; une parole lente et difficile. Un léger tremblement bilatéral, mais plus accentué à droite. Perte des mouvements automatiques des bras pendant la marche. Les réflexes tendineux et cutanés sont normaux, par contre, le réflexe naso-palpébral est exagéré. La force musculaire est relativement conservée ; la sensibilité superficielle et profonde est normale à tous les modes. On ne constate aucun signe

cérébelleux. Pas de troubles sphinctériens. Les pupilles sont normales, pas de signe d'Argyll-Robertson. La réaction de Bordet-Wassermann pratiquée dans le sang et dans le liquide céphalo-rachidien est négative. La ponction lombaire montre un liquide céphalo-rachidien normal.

Obs. XIV. — Mme R..., âgée de 67 ans, entre à la Salpêtrière le 22 décembre 1932.

ANTÉCÉDENTS. — En 1918, épisode encéphalitique : état fébrile avec somnolence et diplopie.

DÉBUT. — Peu de temps après l'encéphalite, apparition, d'une manière lente et progressive, *d'un tremblement de son bras droit*, qui s'est généralisé depuis, progressivement, aux quatre membres.

ÉTAT ACTUEL. — L'examen clinique actuel (juin 1936) nous montre une malade avec un aspect figé ; un tremblement parkinsonien des quatre membres, mais beaucoup plus marqué du côté droit ; une grosse hypertonie plastique généralisée, mais particulièrement marquée pour les muscles de la nuque. Réflexes de posture manifestement exagérés pour le jambier antérieur des deux côtés ; phénomène de la « roue dentée » au niveau des deux membres supérieurs. Réflexe naso-palpébral nettement exagéré, par contre, les réflexes tendineux et cutanés sont normaux. La force musculaire est relativement conservée. Aucun trouble de la sensibilité superficielle ni profonde n'est constaté. Pas de troubles cérébelleux ni sphinctériens. Pupilles normales. Strabisme

congénital. A côté de cette symptomatologie parkinsonienne on constate, de plus, chez cette malade, de grosses déformations de rhumatisme chronique au niveau des doigts et des orteils. Le début de ces déformations articulaires semble remonter à 1929, époque à laquelle la malade a été prise de vives douleurs au niveau des articulations des membres supérieurs et inférieurs. On remarque en plus un aspect luisant et vernissé de la peau.

La réaction de Bordet-Wassermann dans le sang et dans le liquide céphalo-rachidien est négative. La ponction lombaire donne un liquide normal.

Obs. XV. — M. L... Marcel, âgé de 41 ans, employé de Chemins de fer, entre à la Salpêtrière le 6 octobre 1936.

ANTÉCÉDENTS. — En 1932, période de somnolence avec céphalée sans fièvre. Pas de spécificité.

DÉBUT. — En 1934, *apparition d'un tremblement* au niveau de la jambe gauche, qui, peu à peu, a gagné le bras gauche, en même temps qu'est apparue une hypersalivation abondante. Vers la fin de 1934, des mouvements spasmodiques de la mâchoire inférieure apparurent déterminant l'ouverture et fermeture de la bouche. Depuis 1935, apparition de crises oculogyres survenant une fois par semaine, et d'une durée de 4 à 5 heures, survenant surtout dans l'après-midi.

ÉTAT ACTUEL. — L'examen clinique révèle un hémisindrome parkinsonien gauche typique avec des

mouvements spasmodiques d'ouverture de la bouche. Malade avec un aspect peu figé ; tremblement des membres supérieur et inférieur gauches ; légère hypertonie plastique du même côté ; absence du balancement du bras gauche pendant la marche ; réflexe naso-palpébral exagéré. Réflexes tendineux et cutanés : normaux. Force musculaire conservée. Sensibilité superficielle et profonde intacte. Aucun trouble cérébelleux. Pas de troubles sphinctériens. L'examen du liquide céphalo-rachidien, normal. La réaction de Bordet-Wassermann dans le sang est négative.

Obs. XVI. — M. D... Eugène, âgé de 52 ans, métreur en peinture, consulte dans le Service de M. le Professeur Guillaïn le 5 octobre 1936, pour manque de souplesse des mouvements, et un léger tremblement au niveau des quatre membres.

ANTÉCÉDENTS. — Rien d'important à l'interrogatoire, aucun symptôme encéphalitique. Pas de syphilis.

DÉBUT. — Le début remonte à la fin de l'année 1934, époque à laquelle le malade a constaté pour la première fois, *que sa jambe gauche devenait raide*, en même temps que *des douleurs à type rhumatis-mal*, apparurent au même niveau. Ces douleurs ont apparu progressivement au niveau du genou, de la région lombaire.

La marche est devenue difficile. Le malade traînait sa jambe gauche. Depuis un an, un tremblement

est apparu au niveau du bras gauche et qui s'est depuis généralisé, il existe au repos et s'exagère quand le malade est nerveux ou contrarié.

ETAT ACTUEL. — Cliniquement on constate actuellement, 5 octobre 1936, un malade avec facies peu figé, parole normale. Une absence des mouvements automatiques du bras gauche pendant la marche. Dans la station debout, le malade est légèrement incliné en avant avec les bras en position normale. Légère hypertonie au niveau des membres supérieur et inférieur gauches, avec phénomène de la « roue dentée ». Réflexes tendineux et cutanés, normaux. Le réflexe naso-palpébral est vif. La force musculaire est conservée. Il n'existe aucun trouble de la sensibilité superficielle ni profonde. Aucun trouble cérébelleux ; pas de troubles sphinctériens. Pupilles normales, réagissant bien à la lumière et à la distance. Bordet-Wassermann dans le sang : négatif. La ponction lombaire montre un liquide céphalo-rachidien normal.

Obs. XVII. — M. L., Emile, âgé de 29 ans, consulte dans le Service de M. le Professeur Guillaïn le 2 juin 1936, pour un tremblement des membres supérieur et inférieur gauches.

ANTÉCÉDENTS. — En mai 1928, le malade aurait contracté le paludisme au Maroc, où il a été traité par la quinine à l'hôpital militaire de Fez. On aurait trouvé le plasmodium vivax dans le sang. L'interrogatoire ne décèle aucun antécédent encéphalitique.

DÉBUT. — Peu après ces accès fébriles, le malade a remarqué pour la première fois, *qu'il tremblait de son bras gauche*. Ce tremblement a gagné par la suite sa jambe gauche.

ETAT ACTUEL. — L'examen clinique (juin 1936) nous permet de constater un héli-syndrome parkinsonien gauche caractérisé par un tremblement du type parkinsonien au niveau des membres supérieur et inférieur gauches ; une légère hypertonie des deux membres du côté gauche, avec phénomène de la « roue dentée » au niveau du coude. Un facies légèrement figé ; une démarche lente avec absence des mouvements automatiques du bras gauche. Léger tremblement de la langue. Le tremblement cesse pendant le sommeil, ainsi qu'à l'occasion des mouvements volontaires. Le membre supérieur du côté droit commence à trembler également. La force musculaire est conservée ; les réflexes cutanés et tendineux sont normaux ; aucun signe cérébelleux ; pas de troubles sphinctériens ; sensibilité superficielle et profonde, normale. Réaction de Bordet-Wassermann dans le sang : négative. Ponction lombaire : liquide céphalo-rachidien normal. Un frottis n'a pas permis de trouver l'hématozoaire.

Obs. XVIII. — Mme L... Marie, âgée de 76 ans, entre à la Salpêtrière en juin 1934.

ANTÉCÉDENTS. — L'interrogatoire ne décèle aucun antécédent encéphalitique ni spécifique.

DÉBUT. — Le début de sa maladie actuelle remonte

à 7 ans. Le premier symptôme constaté semble être *un mouvement de pédale* apparu insidieusement au niveau du pied droit et existant au repos. Progressivement, ce tremblement a augmenté d'intensité et a gagné par la suite toute sa jambe droite. Il y a deux ans, le membre supérieur droit a été atteint à son tour.

ETAT ACTUEL (avril 1936). — A l'examen clinique on constate une malade avec un aspect très peu figé de la face ; un tremblement du type parkinsonien de tout son côté droit ; une légère hypertonie des membres du côté droit avec perte des mouvements automatiques du bras droit pendant la marche. Par ailleurs, le reste de l'examen neurologique est négatif. La ponction lombaire montre un liquide céphalo-rachidien normal. La réaction de Bordet-Wassermann dans le sang est négative.

Obs. XIX. — Mme L..., 67 ans, entre à la Salpêtrière en décembre 1932.

ANTÉCÉDENTS. — On ne découvre aucun antécédent encéphalitique par l'interrogatoire : jamais de diplopie ni de somnolence.

DÉBUT. — Le début de la maladie remonte à 7 ans, 1929. Le premier symptôme remarqué par la malade a été *un léger tremblement de sa main droite* qui, progressivement, a gagné sa jambe droite.

ETAT ACTUEL (mai 1936). — On constate un tremblement du type parkinsonien au niveau des quatre membres ; une rigidité extra-pyramidale marquée

des deux côtés mais surtout du côté droit, avec phénomène de la « roue dentée » au niveau des deux membres supérieurs. Exagération des réflexes de posture pour le jambier antérieur des deux côtés ; absence de balancement automatique des bras pendant la marche, facies nettement figé. Le réflexe naso-palpébral est exagéré. Par ailleurs, le reste de l'examen neurologique est absolument négatif. La ponction lombaire montre un liquide absolument normal. La réaction de Bordet-Wassermann dans le sang est négative.

Obs. XX. — M. M... Pierre, âgé de 45 ans, terrassier, entre dans le Service de M. le Professeur Guilain le 8 mai 1936, pour un tremblement du bras droit.

ANTÉCÉDENTS. — Aucun antécédent encéphalitique à l'interrogatoire. Pas de spécificité.

DÉBUT. — Le début de l'affection actuelle remonte à trois ans. Il a été essentiellement progressif. Le premier symptôme constaté par le malade fut un *tremblement apparu au niveau de l'index droit*. Ce tremblement de l'index droit a augmenté progressivement en même temps qu'il gagnait toute la main, puis le bras, en l'espace d'un an et demi. Au bout de deux ans, atteinte de la jambe droite, si bien qu'à l'heure actuelle il existe un héli-tremblement droit généralisé.

ETAT ACTUEL (15 juillet 1936). — L'examen clinique montre un héli-syndrome parkinsonien droit à

prédominance de tremblement, caractérisé par : un héli-tremblement du côté droit, atteignant la lèvre inférieure, agitée du tremblement synchrone de celui du membre supérieur ; au niveau de la main, il traduit l'aspect classique « d'émiettement » ; tremblement du bras moins accentué. Ce tremblement existe au repos et n'est pas exagéré par le mouvement. Hypertonie plastique seulement du côté droit accentuée surtout au niveau du membre supérieur, donnant le phénomène de la « roue dentée » au coude. Exagération des réflexes de posture du jambier antérieur. Pas d'hypertonie du côté gauche. Perte des mouvements automatiques du bras droit pendant la marche. Aspect peu figé de la face. Lenteur de tous les mouvements exécutés avec le membre supérieur droit. La réaction de Bordet-Wassermann dans le sang est négative. L'examen du liquide céphalo-rachidien est normal.

CHAPITRE IV

EVOLUTION ET PRONOSTIC DES SYNDROMES PARKINSONIENS

Dans ce chapitre sur l'évolution et pronostic des syndromes parkinsoniens, nous serons bref en ce qui concerne la maladie de Parkinson sénile, car il est bien connu que son évolution est régulièrement lente et progressive et qu'elle présente rarement des complications. Par contre, l'évolution du syndrome parkinsonien post-encéphalitique nous retiendra davantage, car elle présente certaines particularités, qu'il convient de signaler. En effet, comme nous l'avons dit, la maladie de Parkinson évolue d'une manière très lentement progressive et son début est en particulier très insidieux, alors que le syndrome parkinsonien post-encéphalitique se constitue en quelques mois, « dans l'année » (Sterne).

M. le Pr. GUILLAIN et M. Pierre MOLLARET, qui ont remarquablement étudié l'évolution de ce syndrome post-encéphalitique, estiment qu'elle peut se faire suivant différentes modalités.

Le plus habituellement, l'évolution est progressive. Le début est assez rapide, tel que le syndrome se

constitue d'une façon typique en quelques mois ; puis, la maladie continue à progresser inexorablement, pendant des années, pour aboutir, après un temps plus ou moins considérable, au tableau final du parkinsonien grabataire, confiné au lit, incapable de tout acte, devant être alimenté, incontinent, et finissant dans le gâtisme et la cachexie avec œdèmes et escharres.

D'autres cas évolueront très vite, en un an ou deux. Ce mode d'évolution serait surtout le fait de types cliniques où l'hypertonie est considérable et les troubles bulbo-protubérantiels importants. Elle constituerait la forme cachectisante de G. LÉVY.

Certains cas, rares en réalité, semblent se stabiliser ou n'évoluent que très lentement.

On a signalé enfin des formes aiguës qui évoluent et guérissent avec une grande rapidité, en quelques semaines, mais ce sont là des cas vraiment exceptionnels.

Il importe de rappeler, avec MM. GUILLAIN et MOL-LARET, que l'évolution d'un syndrome parkinsonien post-encéphalitique peut toujours être modifiée par l'adjonction d'autres séquelles de l'affection et surtout par l'apparition d'une reprise aiguë, parfois rapidement mortelle.

Si, comme nous venons de voir, l'évolution du parkinsonisme sénile ou post-encéphalique est inévitablement progressive et son pronostic, quoique à longue échéance, sombre et fatal, il nous semble que, pour d'autres syndromes parkinsoniens, qui recon-

naissent pour cause la syphilis, l'évolution et le pronostic seraient peut-être moins sévères, car ils sont parfois grandement et heureusement influencés par la thérapeutique. En effet, dans ces deux dernières années, on a rapporté un certain nombre d'observations de syndromes parkinsoniens dont l'origine syphilitique était indiscutable, et pour lesquels l'influence d'un traitement antisiphilitique intense et persévérant a permis de voir régresser d'une façon presque complète et durable le syndrome akineto-hypertonique. C'est le cas, par exemple, pour ne citer que les plus démonstratifs, des observations de MM. GUILLAIN et MICHAUX, de BASCH et SEIDMANN, de GARCIN et LAPLANE, etc.

Pareil fait présente, comme l'ont déjà souligné MM. GUILLAIN et MICHAUX à propos de leurs cas, une importance pratique évidente et c'est pourquoi ces auteurs insistent particulièrement sur la nécessité de rechercher systématiquement la syphilis dans toute maladie de Parkinson, non sénile, dont la filiation directe avec une encéphalite épidémique certaine ne peut être établie, afin que le médecin puisse substituer à la médication décevante habituellement utilisée, le traitement spécifique « qui donnera parfois d'admirables résultats ».

La connaissance d'un certain nombre d'observations publiées dans ces quatre dernières années, ainsi que des communications faites par BOUCHUT, FROMENT et GUICHARD à la *Société Médicale des Hôpitaux de Lyon*, en 1933, et celle plus récente de DE GENNES,

HANAUT et VÉRICOURT à la *Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, en janvier 1936, nous amène à parler à la fin de ce chapitre, des syndromes parkinsoniens aigus survenant au cours d'une encéphalite typhique. Il se dégage des observations rapportées par ces auteurs, que l'encéphalite typhique soit capable de déterminer des syndromes parkinsoniens typiques. D'après les auteurs, ces syndromes évolueraient toujours en rapport avec la maladie causale et ils en distinguent deux modalités différentes : dans un premier mode, l'évolution serait rapide, comme si elle suivait le rythme même de la maladie causale, sans aggraver en quoi que ce soit l'évolution propre de cette affection. Dans une deuxième modalité, le syndrome parkinsonien revêt d'emblée une évolution plus lente, procédant par poussées successives ; et il semble que ce syndrome qui s'est constitué plus lentement au cours des poussées successives, marque cependant le malade d'une façon profonde.

Nous voyons donc que si, pratiquement, le pronostic d'avenir de tout syndrome parkinsonien constitué reste encore très sévère, il semble que l'on puisse espérer, pour ceux qui reconnaissent pour cause la syphilis, de les voir rétrocéder, grâce à l'application précoce d'un traitement spécifique intensif et persévérant.

CHAPITRE V

DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

Comme nous l'avons fait remarquer dans notre chapitre des généralités, le diagnostic clinique des syndromes parkinsoniens à la période d'état s'impose.

Ce n'est qu'à la période de début, quand les symptômes ne sont pas encore au complet, que le diagnostic peut être hésitant et présenter de réelles difficultés au praticien, pouvant même le conduire dans des erreurs de diagnostic, dont on comprend les conséquences néfastes quant à l'application d'une thérapeutique appropriée dès le début.

C'est pourquoi, il nous semble utile de signaler brièvement dans ce chapitre les quelques diagnostics qui peuvent se poser en présence d'un malade qu'on soupçonne être atteint de parkinsonisme, mais dont les symptômes de la série parkinsonienne sont peu marqués ou bien dont il n'existe qu'un seul de ces symptômes.

Nous signalerons ces différents diagnostics par rapport à chaque symptôme initial :

1° Quand le symptôme initial est le *tremblement* — et c'est le cas de beaucoup le plus fréquent pour le

parkinsonisme sénile au début — il s'agit de bien préciser les caractères du tremblement et de faire en quelque sorte le diagnostic différentiel d'avec les autres affections à tremblement. On doit donc avant tout avoir bien présent à l'esprit les caractères du tremblement parkinsonien : ses oscillations lentes et de moyenne amplitude, son existence *au repos*, sa disparition à l'occasion des mouvements volontaires, son caractère ectromélique : à la main, le tremblement prédomine au pouce et à l'index, rappelant les gestes classiques d'émiettement du pain, compter de la monnaie, de rouler une cigarette, etc. ; au pied, il traduit le classique mouvement de « pédale » ; aux lèvres, il donne l'impression que le malade marmotte une litanie, etc.

Il importe, dans pareil cas, de faire une analyse clinique approfondie qui permette de rapporter le tremblement à sa véritable cause ; il importe également de rechercher d'une façon minutieuse l'association d'autres troubles, bien qu'ébauchés, de la série parkinsonienne, qui écarteront facilement le diagnostic d'autres affections organiques du système nerveux, dont deux surtout comptent le *tremblement* parmi leurs symptômes et qu'il importe de retenir :

La sclérose en plaques, dont le tremblement n'existe *jamais au repos*, mais à l'occasion de mouvements et de gestes délicats (tremblement intentionnel), mis en évidence par l'épreuve classique du verre d'eau (plein) que le malade doit porter à sa bouche ; il prédomine aux membres supérieurs. On peut en rap-

procher le tremblement constaté au cours des lésions cérébelleuses (hémi-tremblement) (André THOMAS) et dans la maladie de Friedreich.

La paralysie générale, dont le tremblement se manifeste surtout à l'occasion des mouvements, tremblement des mains dans l'attitude du serment, tremblement des lèvres, mouvement de trombone de la langue.

Il importe de citer également le tremblement de la *Maladie de Basedow* : c'est un tremblement menu, très rapide (8 à 12 oscillations à la seconde), parfois généralisé à tout le corps, mais plus marqué cependant aux membres supérieurs ; il est visible, mais mieux encore perceptible à la palpation en appliquant les mains sur les épaules du sujet. Il coïncide à l'ordinaire avec la triade symptomatique : tachycardie, goitre, exophtalmie.

Le tremblement hystérique ne rentre dans aucune des catégories sus-mentionnées. Leurs différentes modalités imitent en effet, à s'y méprendre, la plupart des autres tremblements. Comment donc les différencier des divers tremblements et en particulier des tremblements toxiques, basedowien, parkinsonien, etc. ? Le problème est souvent d'autant plus délicat que l'hystérie est fréquemment associée aux intoxications et aux névroses les plus diverses. Dans l'ensemble, le diagnostic semble pouvoir se baser sur deux séries de symptômes : les premiers, *positifs* : début brusque, à la suite d'attaques convulsives chez un sujet porteur de stigmates sensitivo-sensoriels, mo-

dification possible de la modalité des tremblements, action curative de la suggestion. Les autres, *négatifs* : absence des signes habituels de l'hyperthyroïdie, de la sclérose en plaques, de l'exagération des réflexes, etc., etc.

Nous signalons enfin les *tremblements toxiques*, très fréquemment rencontrés en clinique journalière. Nous insistons particulièrement sur le *tremblement alcoolique*, *saturnin* et *hydrargyrique*.

Le tremblement *alcoolique* est de rythme moyen, surtout net le bras étendu; plus accusé à jeun lorsque le malade n'a pas absorbé son toxique (excellent stigmate d'alcoolisme chronique), peu marqué ou absent au repos.

Le tremblement *saturnin* présente des caractères cliniques analogues.

Le tremblement *hydrargyrique*, considéré pendant longtemps comme étant de nature hystérique, semble bien dû à des lésions discrètes du système nerveux.

On comprend bien que pour tous ces tremblements toxiques une enquête commémorative assoiera d'ordinaire le diagnostic.

Nous terminerons ce diagnostic différentiel des tremblements en disant un mot du *tremblement sénile* et du *tremblement familial, héréditaire*.

Le tremblement sénile se rapproche, par ses caractères, du tremblement parkinsonien, mais les autres symptômes de l'affection font défaut. Il frappe surtout les sujets âgés; il est d'un rythme relativement lent et est particulièrement marqué à la tête et au cou, le malade semblant dire « oui » ou « non ».

Le tremblement héréditaire est nul à l'état de repos, ses oscillations sont très rapides, se développant à l'occasion des mouvements, mais ne s'exagérant pas au cours de leur exécution ; il siège surtout aux membres supérieurs, les paupières, les lèvres, la face ; il débute lentement dans l'enfance ou l'âge adulte.

2° Quand la rigidité constitue le premier symptôme, comme c'est le cas, en général, pour le syndrome parkinsonien post-encéphalitique, on conçoit que les *paraplégies spasmodiques* et, si la maladie est à symptomatologie unilatérale, l'*hémiplégie*, avec contracture, puisse créer une confusion, qui ne doit persister en raison de l'existence des signes pyramidaux tels que l'exagération des réflexes, et le signe de Babinski.

Il est plus difficile peut-être de discriminer un état parkinsonien de la *paralysie pseudo-bulbaire*, d'autant plus qu'on peut trouver ces deux syndromes associés chez le même malade. Mais, là encore, l'examen clinique nous permettra de découvrir des signes pyramidaux, une marche à petits pas, une dysarthrie caractéristique, des crises de rire et de pleurs spasmodiques, un déficit intellectuel et surtout la notion de un ou plusieurs ictus antérieurs, préciseront le diagnostic. Mais il faut le dire, dans certains cas, le tableau est tout à fait ressemblant.

Il convient de signaler ici la ressemblance entre la Maladie de Parkinson juvénile et la *Maladie de Wilson*. En effet, on trouve dans cette dernière de la rigidité et du tremblement à type parkinsonien, mais

les spasmes transitoires du visage et la dysarthrie si spéciale à la dégénération lenticulaire progressive permettront de fixer le diagnostic.

Certaines *tumeurs cérébrales* de la région pré-frontale se traduisent par un syndrome parkinsonien fruste ; SCHUSTER, BOSTROEM, ont, en effet, rapporté plusieurs faits qui témoignent que le développement des néoplasies du lobe préfrontal peut provoquer un complexe symptomatique analogue à celui de la Maladie de Parkinson. Les éléments les plus solides du diagnostic, dans pareils cas, reposent sur l'état mental, la somnolence continue, la céphalée, associée ou non aux autres symptômes expressifs de l'hypertension intracrânienne, la stase papillaire qui, malheureusement pour le clinicien, manque assez souvent dans les tumeurs préfrontales.

Les parkinsoniens post-encéphalitiques à prédominance hypertonique, présentent de grandes analogies avec les états de *démence catatonique* (DIDE, GUIRAUD et LAFAGE), dans l'attitude de repos ; mais, chez ces derniers, il n'y a pas d'hypertonie, pas d'exagération des réflexes de posture ; ils présentent au contraire, du négativisme, du maniérisme, de la suggestibilité motrice, que l'on ne voit pas chez les parkinsoniens post-encéphalitiques ; d'autre part, la constatation de l'état mental ne permet aucune confusion.

3° Lorsque ce sont simplement des *douleurs* ou des troubles du caractère qui apparaissent au début d'un état parkinsonien, il faut se garder, comme il serait logique de le faire, de penser au premier abord à un état *rhumatismal* ou *neurasthénique*.

Il est bien difficile dans ce cas d'établir un diagnostic certain d'une façon rapide et nous ne saurions insister sur le fait que, dans beaucoup de cas, la raideur, chez les parkinsoniens, est précédée pendant un temps plus ou moins long de l'apparition de ces troubles subjectifs ; il ne s'agit pas seulement d'un sentiment de gêne, de difficulté, mais encore de douleurs extrêmement vives, pénibles, qui occasionnent l'énervement et l'impatience. Nous avons déjà longuement insisté dans notre étude clinique à propos de leurs caractères et de leurs sièges d'élection pour ne pas y revenir. Dans des cas semblables, il faut savoir penser à un début de parkinsonisme. Il faut surtout se résoudre à un examen anatomo-clinique systématique, fastidieux, mais indispensable, de la région où elles sont localisées. C'est seulement en procédant ainsi que nous pouvons nous mettre à l'abri de grosses erreurs de diagnostic, en employant, par exemple, pour ces malades, le terme vague de *rhumatisme*, *lumbago*, ou *arthralgie*, ou celui plus sérieux encore de *Mal de Pott*, et qui serait bientôt contredit par l'apparition d'un syndrome parkinsonien typique.

Nous terminerons ce chapitre, en insistant particulièrement sur l'extrême difficulté du diagnostic, en rapport avec certains modes de début, rares il est vrai, et pour lesquels l'absence totale de symptômes de la série parkinsonienne ne nous permet de rien prévoir quant à l'apparition ultérieure d'un syndrome parkinsonien. C'est le cas, par exemple, du mode de début par *crampe des écrivains*. Dans pareil

cas, il nous semble que seule une surveillance médicale attentive, régulière, pourrait éclairer le diagnostic en décelant, au cours des examens répétés, l'apparition d'un nouveau symptôme de l'affection qui permette de fixer le diagnostic.

CONCLUSIONS

I. — De l'étude de la documentation que nous avons apportée dans ce travail, nous croyons pouvoir conclure que le début des syndromes parkinsoniens présente des modalités différentes selon le symptôme initial.

II. — Dans la majorité des cas, le début se fait par un des deux symptômes fondamentaux : le tremblement ou la rigidité.

III. — Beaucoup plus intéressants nous paraissent certains symptômes secondaires qui marquent assez fréquemment le début réel de la maladie.

IV. — Parmi ces symptômes secondaires, les douleurs, les paresthésies, ainsi que les troubles vasomoteurs et sécrétoires, nous semblent particulièrement fréquents au début.

V. — Dans l'ensemble du tableau clinique, il convient d'attacher une attention particulière à la *perte des mouvements automatiques et associés*, parfois signe révélateur d'un parkinsonisme fruste.

VI. — Nous insistons enfin sur l'importance d'un diagnostic précoce, car seule l'application d'un traitement approprié dès le début, pourra permettre sinon d'enrayer l'évolution de la maladie, au moins de la retarder, et donner au malade la possibilité d'une vie sociale tolérable.

Vu :
LE DOYEN,
ROUSSY.

Vu :
LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE
G. GUILLAIN.

Vu et permis d'imprimer :
LE RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS,
S. CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- BACH et SEIDMANN. — Syndrome hémiparkinsonien amélioré par le traitement spécifique. (*Bull. et Mém. Soc. Méd. Hôp. de Paris*, n° 10, mars 1935, p. 487).
- BECHET. — Contribution à l'étude clinique de la maladie de Parkinson. (*Thèse de Paris*, 1891-1892).
- BOSTROEM. — Zum Verständniss gewisser psychischen Veränderungen bei Kranken mit Parkinsonschen symptomatenkomplex. (*Zeit. f. die gesamte Neurol. und Psych.*, vol. LXXVI, p. 444).
- BOUCHUT, FROMENT et GUICHARD. — Encéphalite typhique à forme hypertonique. Séquelles de type parkinsonien. (*Bull. et Mém. Soc. Méd. Hôp. de Lyon*, 12 mai 1933, p. 652).
- BUFFET (G.-A.). — Les troubles de l'humeur et du caractère et les modifications de l'attention chez les parkinsoniens post-encéphalitiques. (*Bordeaux, Thèse de Méd.*, 1923-1924, n° 23).
- BRISAUD. — Pathogénie et symptômes de la maladie de Parkinson, in *Leçons sur les maladies nerveuses*, p. 469, 1895.
- CATOLA (G.). — A propos de l'évolution et du pronostic du parkinsonisme post-encéphalitique. (*Rev. Neurol.*, 1921, p. 694).
- CAUVY (G.). — Phénomènes douloureux et akathisiques des parkinsoniens. (*Soc. Méd. des Praticiens*, avril 1935, p. 171).

- CLAUDE (H.). — Maladies du système nerveux (in *Précis de Pathologie interne*, Paris, J.-B. Baillière et Fils, 1932).
- CURSCHMANN (H.) et KRAMER (F.). — Tratado de las Enfermedades del Sistema Nervioso. (2^e Edit. española, Editorial Labor, 1932, Barcelona).
- DECOURT (J.) et BROCQUENTIN. — Syndromes parkinsoniens. (*Le Courrier Médical*, 26 janvier 1930, n° 4, p. 55).
- DE GENNES (L.), HANAUT (A.) et VÉRICOURT (R.). — Syndrome de Parkinson aigu typhique. (*Bull. Soc. Méd. Hôp. de Paris*, 10 janvier 1936, p. 22).
- DIDE, GUIRAUD et LAFAGE. — Syndrome parkinsonien dans la démence précoce. (*Rev. Neurol.*, 1921, p. 692).
- ERNST (H.). — Contribution à l'étude clinique des syndromes parkinsoniens consécutifs à l'encéphalite dite léthargique. (*Thèse de Paris*, 1921).
- FERGUSON (F. R.). — Clinical aspect of parkinsonisme. (*Clin. Journ.*, 60, p. 41-44, 28 janvier 1931).
- FROMENT (F.). — De la micrographie dans les états parkinsoniens post-encéphalitiques et des conditions qui sont susceptibles de la modifier. (*Rev. Neurol.*, 1921, p. 637).
- FROMENT (J.). — Le déficit psychique dans les états parkinsoniens post-encéphalitiques. (*Rev. Neurol.*, 1921, p. 649).
- GARCIN (R.) et LAPLANE (R.). — Syndrome parkinsonien d'origine syphilitique ; régression presque totale et durable après traitement syphilitique. (*Bull. et Mém. Soc. Méd. Hôp. Paris*, n° 11, p. 531, avril 1935).

- GORDON (A.). — Parkinsonian syndrome in encéphalitis léthargica and in paralysis agitans ; considerations of the clinical and Pathological differential diagnosis. (*Internat. Clin. Phila.*, 1924, 34 S., III, p. 257-260).
- GUILLAIN (G.). — Etudes neurologiques. 2^e série, Masson et Cie, édit., Paris, (1925).
- Les syndromes parkinsoniens d'origine syphilitique. (*Progrès Méd.*, t. XLIII, n^o 23, 8 juin 1935, p. 978).
- GUILLAIN (G.), ALAJOUANINE et GARCIN. — Crampes, myoclonies et paralysie périphérique du sciatique poplité externe évoluant depuis six ans chez un parkinsonien post-encéphalitique. Contribution à l'étude des phénomènes neuro-musculaires au cours de l'encéphalite prolongée. (*Rev. Neurol.*, 1923, I, p. 127-138).
- GUILLAIN (G.), ALAJOUANINE et MARQUEZY. — L'exagération du réflexe naso-palpébral dans les syndromes post-encéphalitiques. (*Comptes rendus des Séances de la Société de Biologie*, 1924, 5 de juillet, p. 364-365).
- GUILLAIN (G.) et MOLLARET (P.). — Les séquelles de l'encéphalite épidémique. (*La Pratique Médicale Illustrée*, 1 fasc., Gaston Doin, édit., Paris, 1932).
- GUILLAIN (G.), ALAJOUANINE et THÉVENARD. — Etude clinique des attitudes de torsion au cours des syndromes post-encéphalitiques. (*Bulletin Méd.*, 1926, L, n^o 24, p. 637-643).
- GUILLAIN (G.) et MICHAUX (L.). — Syndrome parkinsonien par mésencéphalite syphilitique. (*Rev. Neurol.*, 1934, II, p. 71).
- GRIGORESCU et VASILIU. — Mioclonii faciale si tremuraturi de tip parkinsonian de natura histérica. (*Spiralul*, n^o 4, Aprilie 1929, p. 136).

- JUSTER (E.). — Symptômes de début de la maladie de Parkinson. (*Presse Méd.*, n° 35, 30 avril 1927, p. 548).
- KLIPPEL (M.) et LHERMITTE (J.). — Syndrome parkinsonien (paralysie agitante). (In *Nouveau Traité Méd. Roger, Vidal, Tissier*, vol. XIX, p. 196).
- LAMY (H.). — Ecriture dans la maladie de Parkinson. (*Rev. Neurol.*, 1905, p. 1226).
- LÉPINE (J.). — Diagnostic entre la maladie de Parkinson et le syndrome parkinsonien post-encéphalitique. (*Rev. Neurol.*, 1921, p. 690).
- LÉVY-VALENSI (J.). — Diagnostic neurologique. (Baillière et Fils, édit., 1932).
- La crampe des écrivains première manifestation du syndrome parkinsonien. (*Médecine*, 13, p. 109-110, févr. 1932).
- LEWY (F. H.). — Die Lehre vom Tonus und der Bewegung. (*Springer, Berlin*, 1923).
- LHERMITTE (J.) et CORNIL (L.). — Etude clinique de la maladie de Parkinson et des syndromes parkinsoniens du vieillard. (*Rev. Neurol.*, 1921, p. 625).
- LHIRONDELLE. — Antécédents et causes de la maladie de Parkinson. (*Thèse de Paris*, 1881).
- MAGALHAES LEMOS. — Crampe des écrivains au cours du syndrome parkinsonien encéphalitique prolongé. Localisation striée probable. Démembrement de la crampe des écrivains. (*Rev. Neurol.*, févr. 1927, I, n° 2, p. 161-180).
- MALLIE (A.-H.). — Les troubles psychiques chez les parkinsoniens. (*Bordeaux, Thèse de Méd.*, 1908-1909, n° 4).
- MARIE (P.) et LÉVY (G.). — Les syndromes parkinsoniens dans l'encéphalite léthargique. (*Bull. de l'Académ. Méd.*, 1920, 15 juin, p. 539-547).

- MILOIKOVITCH (I.). — Contribution à l'étude clinique des syndromes parkinsoniens post-encéphalitiques. (*Alger, Thèse de Méd.*, 1923, n° 15).
- MOERSCH. — Tumor of the frontal lobe presenting a parkinsonian syndrome. (*Minnesota Medicine*, nov. 1928).
- NETTER (A.). — Les relations entre l'encéphalite léthargique et la maladie de Parkinson. (*Rev. Neurol.*, 1921, p. 573).
- PICARD (G.). — L'évolution du parkinsonisme et le devenir des parkinsoniens. (*Thèse de Paris*, 1934, Legrand, édit.).
- POROT. — Troubles vaso-moteurs dans les syndromes parkinsoniens. (*Rev. Neurol.*, 1921, p. 638).
- ROEDERER (C.). — Séquelles algiques d'encéphalite léthargique confondues avec des maux de Pott. (*Bull. et Mém. Soc. des Chirurgiens de Paris*, 28 nov. 1924, p. 438).
- ROGER (H.). — Diagnostic des syndromes parkinsoniens. (*La Science Médicale Pratique*, 15 juillet 1929, p. 434).
- Les syndromes parkinsoniens. (*Rev. Gén. de Clin. et Thérap. Paris*, 1921, XXXV, p. 601-618).
- SCHUSTER. — Kann ein Stirntumor das Bild der Paralysis agitans hervorrufen? (*Zeit. f. die gesamte Neurolog. und Psychiat.*, 30 juin 1922, p. 1).
- SCHWEMM. — Beitrag zur Lehre von der Paralysis agitans. (*Deutsch. Arch. f. Klin. Mediz.*, vol. LXX, n° 3, 1901).
- SICARD (J.-A.). — Diagnostic différentiel du parkinsonisme post-encéphalitique. (*Rev. Neurol.*, 1921, p. 690).
- La forme akathisique du parkinsonisme post-encéphalitique. (*Rev. Neurol.*, 1921, p. 672).

- SIMONIN (C.). — Micrographie parkinsonienne et analyse graphométrique. Y a-t-il chez le parkinsonien micrographique désorganisation ou simple perturbation de l'automatisme graphique ? (*Journ. de Méd. de Lyon*, II, p. 367-369, juin 1930).
- SOUQUES (A.). — Rapport sur les syndromes parkinsoniens. (*Rev. Neurol.*, 1921, p. 535).
- Les symptômes parkinsoniens. (*Arch. Inter. de Neurol. Paris*, 1921, 14 S., II, p. 97-112).
- STEWART (P.). — Paralysis agitans with an account of a nervous symptom. (*Lancet*, 1898, p. 1258).
- STIEFLER. — Séborrhoea faciei als isolierte, postenzephalitische Restveränderung. (*Wiener Klinische Wochenschrift*, 1924, n° 14, p. 314-315).
- THOMAS (A.). — Les petits signes et le diagnostic du parkinsonisme. (*Journ. de Méd. et Chir. Prat.*, Paris, 1923, XCIV, p. 609-621).
- VERGER (H.) et CRUCHET (R.). — Les états parkinsoniens et le syndrome bradykinétique. (J.-B. Baillière et Fils, édit., 1925).
- VOGT (C. et O.). — Zur Lehre der Erkrankungen der striären Systems. (*Journ. f. Psychologie und Neurologie. Ergänzungsheft*, 3, 1920).



BOSC FRÈRES, M. & L. RIOU

°° °° IMPRIMEURS - ÉDITEURS °° °°

°° 42, QUAI GAILLETON, 42 °°

°° °° °° °° LYON °° °° °° °°





